New Nouveau Brunswick
Be...in this place • Être...ici on le peut

2009-2010
Annual Report

Department of Health

2009-2010
Rapport annuel

Ministère de la Santé

2009-10 Annual Report

Published by:
Department of Health
Province of New Brunswick
P.O. Box 5100
Fredericton, New Brunswick
E3B 5G8
Canada

September, 2010

Cover:
Communications New Brunswick

Typesetting:
Department of Health

Printing and Binding:
Department of Supply and Services

ISBN: 978-1-55471-473-5
ISSN: 1449-4704

Printed in New Brunswick

Rapport annuel 2009-2010

Publié par le :
Ministère de la Santé
Province du Nouveau-Brunswick
C. P. 5100
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5G8
Canada

Septembre 2010

Couverture
Communications Nouveau-Brunswick

Photocomposition et mise en page
Ministère de la Santé

Impression et reliure
Ministère de l'Approvisionnement et des Services

ISBN : 978-1-55471-473-5
ISSN : 1449-4704

Imprimé au Nouveau-Brunswick

New Nouveau Brunswick
Be...in this place • Être...ici on le peut

2009-2010
Annual Report

Department of Health

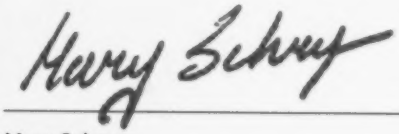
2009-2010
Rapport annuel

Ministère de la Santé

The Honourable Graydon Nicholas
Lieutenant-Governor of the Province of New Brunswick

Sir:

I have the honour of presenting to you the annual report of the Department of Health for the fiscal year ending March 31, 2010.

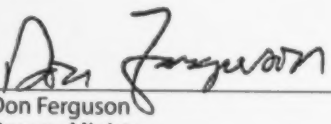


Mary Schryer
Minister

The Honourable Mary Schryer
Minister of Health
Province of New Brunswick

Sir:

With respect, I present to you the annual report of the Department of Health for the fiscal year ending March 31, 2010

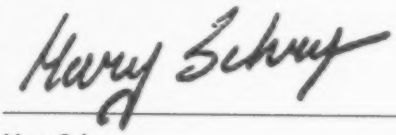


Don Ferguson
Deputy Minister

L'honorable Graydon Nicholas
Lieutenant-gouverneur du Nouveau-Brunswick

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport annuel du ministère de la Santé pour l'année financière terminée le 31 mars 2010.

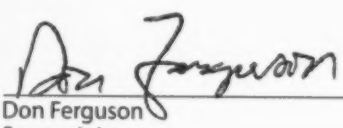


Mary Schryer
Ministre

L'honorable Mary Shryer
Ministre de la Santé
Province du Nouveau-Brunswick

Monsieur,

Je vous soumets respectueusement le rapport annuel du ministère de la Santé pour l'année financière terminée le 31 mars 2010.



Don Ferguson
Sous-ministre

TABLE OF CONTENTS

Organizational Chart 5
Legislation 7

Core Business Area
Protection of Those Most at Risk 9

Mental Health Programs and Services 9
Child and Adolescent Mental Health Services 9
Psychiatric Patient Advocate Services 9
Youth Treatment Program 9
Pharmaceutical Services
- NB Prescription Drug Program 10
- Medical Review Program 11
- NB Prescription Monitoring Program 12

Core Business Area
Prevention/Education/Awareness 13

Public Health Programs and Services 13

Communicable Disease Prevention, Management and Control 13
- Immunization Program 13
- Pandemic Influenza Planning 17
- HIV Testing Programs 18
- Sexual Health Program 19

Health Protection Programs
- Food Safety 21
- Environmental Health and Community Sanitation 25

Promotion of Healthy Lifestyles/Healthy Families
- Early Childhood Initiatives 26
- 3.5 Year old Clinics 28
- Baby-Friendly Initiative (BFI) 28
  - Healthy Eating 29
  - Dental Health 30
- Healthy Learners in School Program 30
- Injury/Disease Prevention Initiatives:
  - Tobacco 31

Mental Health Prevention/Promotion Initiatives 32

Core Business Area
Provision of Care 34

Ambulance Services 34
Addiction, Mental Health and Primary Health Care Services 36
- Addiction Services 37
- Community Mental Health Centres 38
- Adult Community Mental Health Services 38
- In-Patient Psychiatric Care 39
- Primary Health Care 40
- Community Health Centres 41
- Injury Prevention 43
- Telecare and Health-Related Information Lines 43

TABLE DES MATIÈRES

Organigramme 6
Législation 7

Secteur d'activité principal
Protection des personnes les plus à risque 9

Programmes et services de santé mentale 9
Services de santé mentale pour enfants et adolescents 9
Services de défense des malades psychiatriques 9
Programme de traitement pour les jeunes 9
Services pharmaceutiques
- Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick 10
- Programme d'examen des médicaments 11
- Programme de surveillance pharmaceutique du Nouveau-Brunswick 12

Secteur d'activité principal
Prévention, éducation et sensibilisation 13

Programmes et services de santé publique 13

Prévention, traitement et contrôle des maladies transmissibles 13
- Programme d'immunisation 13
- Planification en cas de pandémie d'influenza 17
- Programmes de dépistage du VIH 18
- Programme de santé sexuelle 19

Programmes de protection de la santé
- Salubrité des aliments 21
- Écosalubrité et salubrité communautaire 25

Promotion de modes de vie et de milieux familiaux sains
- Programme Initiatives pour la petite enfance 26
- Clinique d'hygiène pour les enfants âgés de trois ans et demi 28
- Initiative des amis des bébés 28
  - Alimentation saine 29
  - Hygiène dentaire 30
- Programme Apprenants en santé à l'école 30
- Initiatives de prévention des blessures et des maladies
  - Tabac 31

Initiatives de prévention et de promotion en santé mentale 32

Secteur d'activité principal
Prestation de soins 34

Services d'ambulance 34
Services de traitement des dépendances, de santé mentale et de soins de santé primaires 36
- Services de traitement des dépendances 37
- Centres de santé mentale communautaires 38
- Services communautaires de santé mentale auprès des adultes 38
- Soins psychiatriques aux patients hospitalisés 39
- Soins de santé primaires 40
- Centres de santé communautaires 41
- Prévention des blessures 43
- Télé-Soins et lignes d'information liées à la santé 43

Hospital Services 45
- Cardiac Care Program 50
- Mobile Lithotripsy Services 50
- Dialysis Services 50
- Provincial Phenylketonuria (PKU) Case Management Service 51
- Surgical Access Management 52
- Metabolic/Genetic Newborn Screening Services 59
- Universal Newborn Infant Hearing Screening Program 59
- Cochlear Implant Follow-Up Services 60
- PET-CT 61
- Organ and Tissue Procurement 61
- Patient Safety 64
- New Brunswick Extra-Mural Program 66
- Rehabilitation Services 68
- Capital Construction 69
- Capital Equipment 70

New Brunswick Cancer Network 71
Medicare 75
Health Emergency Management Services 76
Pandemic Planning and Response 77
Communications 79
Contract Management and Corporate Support Services 80

Official Languages 80

Office of Associate Deputy Minister of Health 80
- Francophone and Rural Services 80
- New Brunswick Career Days 81
- Allied Health Professionals Resource Strategy 82
- Nursing Resource Strategy 82
- Physician Resource Strategy 84

Planning, Sustainability, E-health and Corporate Privacy 85
- Research, Planning, Evaluation and Policy 86
- Health Planning, Policy and Legislation 86
- Accountability and Health Information Management 88
- Innovation, E-health and the Office of Sustainability 88
- Corporate Privacy Office 94

Financial Overview (Pie Chart) 95
Financial Overview (Itemized Totals) 96
Financial Overview (Variances) 98

Services hospitaliers 45
- Programme de soins cardiaques 50
- Services mobiles de lithotritie 50
- Services de dialyse 50
- Service provincial de gestion de la phénylcétonurie (PCU) 51
- Gestion de l'accès aux services de chirurgie 52
- Service de dépistage des troubles métaboliques et génétiques chez les nouveau-nés 59
- Programme universel de dépistage auditif chez les nouveau-nés et les nourrissons 59
- Services de suivi pour personnes porteuses d'implants cochléaires 60
- Tomographie par émission de positrons (TEP) et tomographie par ordinateur (CT) 61
- Dons d'organes et de tissus 61
- Sécurité des patients 64
- Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick 66
- Services de réadaptation 68
- Projets d'immobilisations 69
- Biens d'équipement 70

Réseau cancer Nouveau-Brunswick 71
Régime d'assurance-maladie 75
Services de gestion des interventions d'urgence 76
Planification et intervention en cas de pandémie 77
Communications 79
Gestion des contrats et services de soutien ministériels 80

Langues officielles 80

Bureau du sous-ministre délégué du ministère de la Santé 80
- Services en français et services ruraux 80
- Journées carrières au Nouveau-Brunswick 81
- Stratégie en matière de recrutement des professionnels de santé complémentaires et parallèles 82
- Stratégie en matière de ressources infirmières 82
- Stratégie des ressources médicales 84

Planification, viabilité, cybersanté et protection de la vie privée 85
- Recherche, planification, évaluation et politique 86
- Planification des politiques et de la législation en matière de santé 86
- Responsabilisation et gestion de l'information sur la santé 88
- Innovation, cybersanté et bureau de la viabilité 88
- Bureau de la protection de la vie privée 94

Aperçu financier (diagramme circulaire) 95
Aperçu financier (totaux détaillés) 97
Aperçu financier (écarts) 98

Organizational Chart
Health 2009 -2010

Minister
Hon. Mary Schryer

Deputy Minister
Don Ferguson

- Office of the Associate Deputy Minister of Health - Francophone Services, **Jean Castonguay**, Associate Deputy Minister of Health
  - Senior Medical Advisor, **Dr. Wayne MacDonald**
  - Rural Health, Medical Education and Francophone Services, **Lyne St-Pierre-Ellis**, Executive Director
  - Medicare - Insured Services and Physician Remuneration, **Linda Lingley**, Director
  - Salaried Physician Services, **Michel Léger**, Director
  - Health Human Resources information, **James Ayles**, Director
  - Medicare – Eligibility and Claims, **Vacant**
- Chief Medical Officer of Health, **Dr. Eilish Cleary**
  - Deputy Chief Medical Officer of Health, **Dr. Paul Van Buynder**
  - OCMOH - Operations, **Luc Sirois**, Executive Director
  - Health Protection, **Scott MacLean**, Executive Director
  - Communicable Disease Control, **Vacant**
  - Public Health Practice and Population Health, **Claudette Landry**, Director
  - Healthy Environments, **Karen White**, Director
- Institutional, Health Emergency Management and Pharmaceutical Services, **Pam Mitchell**, Assistant Deputy Minister
  - Hospital Services, **Roberte O'Regan**, Executive Director
  - Hospital Operations, **Suzanne Jones**, Director
  - Hospital Clinical Services, **Francine Bordage**, Director
  - Extra Mural Program, **Jean Bustard**, Director
  - Health Emergency Management Services, **Joanne Rosevear**, Director
  - Pharmaceutical Services, **Leanne Jardine**, Executive Director
- Corporate Services, **Tom Maston**, Assistant Deputy Minister
  - Financial Services, **Eric Beaulieu**, Executive Director
  - Human Resources, **Joanne Stone**, Director
  - Information Technology Services, **Dawn O'Donnell**, Director
  - Contract Management and Corporate Support Services, **Mark Thompson**, Director
- Addiction, Mental Health and Primary Health Care Services, **Ken Ross**, Assistant Deputy Minister
  - Addiction and Mental Health Services, **Barb Whitenect**, Executive Director
  - Quality Management and Executive Support, **John Estey**, Director
  - Child and Adolescent Services, **Yvette Duiron-Brun**, Director
  - Adult Services, **Sylvie Martin**, Director
  - Primary Health Care, **Bronwyn Davies**, Director
- New Brunswick Cancer Network, **Dr. S. Eshwar Kumar**, Co-Chief Executive Officer, **Dr. Réjean Savoie**, Co-Chief Executive Officer, **Gilles Beaulieu**, Executive Director
  - NBCN - Operations, **Dan Coulombe**, Director
- Planning, Sustainability, E-Health and Corporate Privacy, **Jean-Marc Dupuis**, Assistant Deputy Minister
  - Research, Planning, Evaluation and Policy, **Kelli Simmonds**, Executive Director
  - Innovation, E-Health and the Office of Sustainability, **Cheryl Hansen**, Executive Director
  - Accountability and Health Information Management, **John Boyne**, Director
  - IT - Projects, **Carole Sharpe**, Director
  - Corporate Privacy Office, **Vacant**
- Internal Communication, **Wade Wilson**
- Governance Transition Office, **Lise Daigle**, Executive Director
- Communications, **Shannon Hagerman**, Director

Organigramme Santé 2009-2010

Ministre
L'honorable Mary Schryer

Sous-ministre
Don Ferguson

- Bureau du sous-ministre délégué du ministère de la Santé – Services francophones **Jean Castonguay**, sous-ministre délégué du ministère de la Santé
  - Conseiller médical en chef **Dr Wayne MacDonald**
  - Santé en milieu rural, formation médicale et services francophones **Lyne St-Pierre-Ellis**, directrice exécutive
  - Régime d'assurance-maladie - Services assurés et rémunération des médecins **Linda Lingley**, directrice
  - Services aux médecins salariés **Michel Léger**, directeur
  - Information sur les ressources humaines en santé **James Ayles**, directeur
  - Assurance-maladie - Admissibilité et demandes de prestations **Poste vacant**
- Médecin hygiéniste en chef **Dre Eilish Cleary**
  - Médecin hygiéniste en chef adjoint **Dr Paul Van Buynder**
  - Bureau du médecin hygiéniste en chef (BMHC) - Activités **Luc Sirois**, directeur exécutif
  - Protection de la santé **Scott MacLean**, directeur exécutif
  - Surveillance des maladies transmissibles **Poste vacant**
  - Pratique en santé publique et santé de la population **Claudette Landry**, directrice
  - Environnements sains **Karen White**, directrice
- Services en établissements, gestion des interventions d'urgence et services pharmaceutiques **Pam Mitchell**, sous-ministre adjointe
  - Services hospitaliers **Roberte O'Regan**, directrice exécutive
  - Opérations hospitalières **Suzanne Jones**, directrice
  - Services hospitaliers cliniques **Francine Bordage**, directrice
  - Programme extra-mural **Jean Bustard**, directrice
  - Services de gestion des interventions d'urgence **Joanne Rosevear**, directrice
  - Services pharmaceutiques **Leanne Jardine**, directrice exécutive
- Services ministériels **Tom Maston**, sous-ministre adjoint
  - Services financiers **Eric Beaulieu**, directeur exécutif
  - Ressources humaines **Joanne Stone**, directrice
  - Services de technologie de l'information **Dawn O'Donnell**, directrice
  - Gestion des contrats et services de soutien ministériels **Mark Thompson**, directeur
- Services de traitement des dépendances, de santé mentale et de soins de santé primaires **Ken Ross**, sous-ministre adjoint
  - Services de traitement des dépendances et de santé mentale **Barb Whitenect**, directrice exécutive
  - Gestion de la qualité et soutien exécutif **John Estey**, directeur
  - Services aux enfants et aux adolescents **Yvette Doiron-Brun**, directrice
  - Services aux adultes **Sylvie Martin**, directrice
  - Soins de santé primaires **Bronwyn Davies**, directrice
- Réseau cancer Nouveau-Brunswick **Dr S. Eshwar Kumar**, codirecteur général **Dr Réjean Savoie**, codirecteur général **Gilles Beaulieu**, directeur exécutif
  - Réseau cancer Nouveau-Brunswick Opérations **Dan Coulombe**, directeur
- Planification, viabilité, cybersanté et protection de la vie privée **Jean-Marc Dupuis**, sous-ministre adjoint
  - Recherche, planification, évaluation et politique **Kelli Simmonds**, directrice exécutive
  - Innovation, cybersanté et bureau de la viabilité **Cheryl Hansen**, directrice exécutive
  - Responsabilisation et Gestion de l'information sur la santé **John Boyne**, directeur
  - Projets de technologie de l'information (TI) **Carole Sharpe**, directrice
  - Bureau de la protection de la vie privée **Poste vacant**
- Communications internes **Wade Wilson**
- Bureau de transition de la gouvernance **Lise Daigle**, directrice exécutive
- Communications **Shannon Hagerman**, directrice

STATUTES UNDER THE JURISDICTION OF THE MINISTER OF HEALTH AND ADMINISTERED BY THE DEPARTMENT OF HEALTH

Ambulance Services
Anatomy
Automated Defibrillator
Cemetery Companies
Clean Air (paragraph 8(2)(a) and subsection 8(4))
Clean Water (subsections 10(1), 12(3), 13(3), (4), (5), (6) and (7) and 13.1(1), (3), (4), (9), (10) and (11))
* Health
Health Services
Hospital (except section 21)
Hospital Services
Human Tissue Gift
Insurance (sections 242.1 to 242.4)
Liquor Control (clause 69(1)(c)(i)(A))
Medical Consent of Minors
Medical Services Payment
Mental Health
Mental Health Services
Motor Vehicle (paragraphs 84(12)(a) and 84(12.01)(b) and subsection 301(2))
Municipalities (subsection 125(1))
Pesticides Control (paragraph 8(1)(b))
Prescription Drug Payment
Public Health Act
Regional Health Authorities
Smoke-free Places
Tobacco Damages and Health Care Costs Recovery
Tobacco Sales

* repealed and replaced by *Public Health Act*, November 20, 2009

STATUTES UNDER THE JURISDICTION OF THE MINISTER OF HEALTH AND ADMINISTERED BY A BOARD, COMMISSION, COUNCIL OR OTHER BODY

Statute - Administering Body

Hospital (section 21) - Department of Social Development

Midwifery - Midwifery Council of New Brunswick

New Brunswick Health Council - New Brunswick Health Council

LOIS RELEVANT DE LA COMPÉTENCE DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET ADMINISTRÉES PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Anatomie
Assainissement de l'air (alinéa 8(2)(a) et paragraphe 8(4))
Assainissement de l'eau [paragraphes 10(1), 12(3), 13(3), (4), (5), (6) et (7) et 13.1(1), (3), (4), (9), (10) et (11)]
Assurances (articles 242.1 à 242.4)
Compagnies de cimetière
Consentement des mineurs aux traitements médicaux
Contrôle des pesticides (alinéa 8(1)(b))
Défibrillateur automatisé
Dons de tissus humains
Endroits sans fumée
Gratuité des médicaments sur ordonnance
Hôpitaux (sauf l'article 21)
Loi sur la santé publique
Municipalités (paragraphe 125(1))
Paiement des services médicaux
Recouvrement de dommages-intérêts et du coût des soins de santé imputables au tabac
Régies régionales de la santé
Réglementation des alcools (alinéa 69(1)(c)(i)(A))
* Santé
Santé mentale
Services d'ambulance
Services de santé
Services de santé mentale
Services hospitaliers
Véhicules à moteur (alinéas 84(12)(a) et 84(12.01)(b) et paragraphe 301(2))
Ventes de tabac

* abrogée et remplacée par la *Loi sur la santé publique* le 20 novembre 2009

LOIS RELEVANT DE LA COMPÉTENCE DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET MISES EN APPLICATION PAR UNE COMMISSION, UN CONSEIL OU AUTRE

Loi - Organisme responsable de l'approbation

Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé - Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé

Hôpitaux (article 21) - Ministère du Développement social

Sages-femmes - Conseil de l'Ordre des sages-femmes du Nouveau-Brunswick

CORE BUSINESS AREA: PROTECTION OF THOSE MOST AT RISK

Mental Health Programs and Services

Aligned with the Addiction, Mental Health and Primary Health Care Services Division, there are three program areas which provide service to individuals who are vulnerable due to mental illness.

Child and Adolescent Mental Health Services

The objective of the Community Mental Health Child and Adolescent Services is to help children and adolescents who have mental disorders or related mental health issues, and to work with their parents/guardians or caregivers with a view to creating an environment conducive to their growth. These services, delivered throughout the province by the regional health authorities, are provided to children, adolescents and their families when their level of functioning is such that professional intervention is required. Some examples of when intervention may be necessary are conduct disorders, mood disorders, adjustment disorders, psychotic disorders, sexual abuse and related issues.

Services provided include screening, assessment, treatment and early intervention, case management, crisis intervention, and consultations for children and adolescents at risk of developing serious mental illness in adulthood. Through community-based multidisciplinary teams, intervention may be provided on a short, medium or long-term basis as determined by clients' needs. The sharing of expertise, through consultations with the Departments of Education, Public Safety, and Social Development, is promoted. In the 2009-10 fiscal year, Child and Adolescent Community Mental Health Services provided a total of 26,707 in-person services to 5,296 children and adolescents.

Psychiatric Patient Advocate Services

The Psychiatric Patient Advocate Services Program ensures consistent approaches regarding the right to admit patients for psychiatric treatment on an involuntary status. The focus of the program is to address individual issues of concern while keeping in mind the best interests of the vulnerable person. Psychiatric Patient Advocates meet with patients in order to clarify their status and their rights. These advocates also help families in understanding the process and procedures when psychiatrists request that the patient be kept for treatment on an involuntary basis. Awareness and educational sessions are offered to mental health professionals and community agencies to provide a better understanding of the role of the Psychiatric Patient Advocate Office and the *Mental Health Act*. In 2009-10, a total of 1,633 cases were referred to Psychiatric Patient Advocate Services, reflecting a decrease of 6.8 per cent from the previous year.

Youth Treatment Program

The Provincial Youth Treatment Program provides services to youth up to the age of 18 who have a diagnosis of conduct disorder and who face difficulties in school, home

SECTEUR D'ACTIVITÉ PRINCIPAL : PROTECTION DES PERSONNES LES PLUS À RISQUE

Programmes et services de santé mentale

En accord avec la Division des services de traitement des dépendances, de la santé mentale et des soins de santé primaires, il existe trois domaines de programmes qui offrent des services aux personnes vulnérables en raison d'une maladie mentale.

Services de santé mentale pour enfants et adolescents

Les Services de santé mentale pour enfants et adolescents visent à aider les enfants et les adolescents souffrant de troubles mentaux ou de problèmes de santé mentale et à intervenir auprès de leurs parents ou tuteurs afin de favoriser un environnement favorable à leur développement. Ces services, assurés dans l'ensemble de la province par les régies régionales de la santé, sont offerts aux enfants, aux adolescents et à leurs familles lorsque leurs capacités fonctionnelles sont telles qu'une intervention professionnelle est requise. Une intervention est nécessaire notamment lorsque l'enfant ou l'adolescent manifeste des troubles de comportement, des troubles de l'humeur, des problèmes d'adaptation ou des troubles psychotiques ou qu'il a subi des sévices sexuels ou des problèmes connexes.

Les services offerts comprennent le dépistage, l'évaluation, le traitement et l'intervention précoce, la gestion de cas, l'intervention en situation de crise et des services de consultation aux enfants et aux adolescents qui risquent de développer des problèmes plus graves à l'âge adulte. L'intervention, assurée par des équipes communautaires multidisciplinaires, peut dispenser des services à court, à moyen ou à long terme, selon les besoins du client. Elle favorise l'échange des connaissances par des consultations auprès des ministères de l'Éducation, de la Sécurité publique et du Développement social. Au cours de l'exercice 2009-2010, les Services de santé mentale pour enfants et adolescents ont offert 26 707 services personnalisés à 5 296 enfants et adolescents.

Services de défense des malades psychiatriques

Le programme Services de défense des malades psychiatriques assure l'uniformité des méthodes relativement au droit d'admettre les patients pour un traitement psychiatrique sur une base involontaire. Le programme vise à gérer les situations des personnes tout en tenant compte du meilleur intérêt de la personne vulnérable. Les défenseurs des malades psychiatriques rencontrent les patients afin de préciser leur statut et leurs droits. Ils aident également les familles à comprendre le processus et les modalités lorsque les psychiatres demandent que les patients soient gardés pour un traitement sur une base involontaire. Des séances de sensibilisation et de formation sont offertes aux professionnels de la santé mentale ainsi qu'aux organismes communautaires pour promouvoir une meilleure compréhension du rôle du bureau du défenseur des malades psychiatriques et de la *Loi sur la santé mentale*. En 2009-2010, 1 633 cas ont été soumis aux Services de défense des malades psychiatriques, ce qui représente une diminution de 6,8 pour cent par rapport à l'année précédente.

Programme de traitement pour les jeunes

Le Programme provincial de traitement pour les jeunes offre des services aux jeunes âgés de moins de 18 ans chez qui on a décelé des troubles de comportement et qui éprouvent

and/or community settings. It is an integrated program that, in partnership with the Departments of Education, Public Safety, and Social Development, addresses youths' needs through the coordination of local and provincial resource services. These services include a clinical provincial outreach team, 13 multi-agency regional teams and the Pierre Caissie Centre. The Pierre Caissie Centre, a six-bed facility, provides assessment and evaluation with recommendations for community treatment involving families and foster parents of youths whose needs cannot be met at the regional level. During the fiscal year 2009-2010, 271 youths were actively followed by the program, 20 of whom required admission to the Pierre Caissie Centre in Moncton.

Pharmaceutical Services

The Pharmaceutical Services branch is responsible for operating and coordinating pharmaceutical policy, programs and services in the following areas: New Brunswick Prescription Drug Program; Prescription Monitoring Program; and Drug Information System (see Innovation, E-health and the Office of Sustainability section of report).

New Brunswick Prescription Drug Program

The mission of the New Brunswick Prescription Drug Program (NBPDP) is to maintain and improve the health of New Brunswickers by promoting optimal drug therapy and by developing and managing programs for eligible residents which provide assistance with the cost of drugs.

Prescription drug coverage is provided to the following beneficiary groups:

1. New Brunswick residents age 65 and older who receive the Guaranteed Income Supplement, or who qualify for coverage based on annual income
2. Nursing home residents
3. Clients of the Department of Social Development who hold a health card for prescription drug coverage. They include:
   - recipients of financial assistance
   - individuals eligible for a health card only
   - adults living in a residential facility
   - children in care of the Minister of Social Development
4. Persons registered with the NBPDP and deemed eligible for drug coverage who have/are:
   - cystic fibrosis
   - human growth hormone deficiency
   - multiple sclerosis
   - organ transplant recipients
   - HIV-positive

Information regarding program eligibility criteria and drug benefits may be found on the NBPDP page of the

des difficultés à l'école, à la maison ou dans la collectivité. Ce programme intégré mené en partenariat avec les ministères de l'Éducation, de la Sécurité publique et du Développement social aide les collectivités à répondre aux besoins des jeunes grâce à la coordination des services de ressources locaux et provinciaux. Ces services comprennent une équipe clinique communautaire provinciale, treize équipes multidisciplinaires régionales et le Centre-Pierre-Caissie. Ce centre de six lits fournit une évaluation approfondie et des recommandations concernant une intervention communautaire auxquelles participent les familles et les parents d'accueil des jeunes dont les besoins ne peuvent être satisfaits à l'échelle régionale. Au cours de l'exercice financier 2009-2010, le programme a offert des services actifs à 271 jeunes, dont 20 ont dû être admis au Centre-Pierre-Caissie, à Moncton.

Services pharmaceutiques

La Direction des services pharmaceutiques est responsable d'appliquer et de coordonner les politiques, les programmes et les services pharmaceutiques dans les domaines suivants : le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick, le Plan de surveillance pharmaceutique et le Système d'information sur les médicaments (voir la section Innovation, cybersanté et bureau de la viabilité du rapport).

Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

Le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) a pour but de maintenir et d'améliorer la santé des Néo-Brunswickois en encourageant l'adoption d'une pharmacothérapie optimale et en élaborant et en gérant des programmes qui s'adressent aux Néo-Brunswickois admissibles et qui contribuent au remboursement du coût des médicaments.

Le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick offre des médicaments sur ordonnance aux groupes de bénéficiaires suivants :

1. Les résidents du Nouveau-Brunswick âgés de 65 ans et plus qui reçoivent le Supplément de revenu garanti ou qui sont admissibles à des prestations en raison de leur revenu annuel.
2. Les résidents des foyers de soins.
3. Les bénéficiaires du ministère du Développement social qui détiennent une carte d'assistance médicale pour médicaments sur ordonnance, notamment :
   - les bénéficiaires d'aide financière;
   - les personnes admissibles à la carte d'assistance médicale seulement;
   - les adultes demeurant dans un établissement résidentiel;
   - les enfants pris en charge par le ministre du Développement social.
4. Les personnes inscrites au Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick et jugées admissibles aux prestations du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick qui :
   - sont atteintes de fibrose kystique;
   - souffrent d'une insuffisance de l'hormone de croissance;
   - souffrent de sclérose en plaques;
   - reçoivent une greffe d'organe;
   - sont séropositives.

L'information concernant les critères d'admissibilité au programme et les prestations du plan est affichée sur la page du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick du site Web

Department of Health website at www.gnb.ca/health.

All drugs considered for benefit status are subject to a standard review process. The NBPDP receives formulary listing recommendations from the national Common Drug Review (CDR); the Atlantic Common Drug Review, which reviews drugs that do not fall under the CDR mandate; and the interim Joint Oncology Drug Review (JODR). Drugs eligible for reimbursement under the Program are listed in the NBPDP Formulary.

During 2009-10, the NBPDP incurred expenses of $177.3 million, of which $172.7 million (97.4 per cent) were drug costs and $4.6 million (2.6 per cent) were administrative costs.

du ministère de la Santé, à l'adresse suivante : www.gnb.ca/santé.

Tous les médicaments considérés pour l'admissibilité peuvent faire l'objet d'un examen standard. Le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick reçoit la liste des recommandations formulées par le Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) national, le Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) de l'Atlantique, qui examine les médicaments qui ne relèvent pas du mandat du Programme commun d'évaluation des médicaments national, et le Programme commun d'évaluation des médicaments anticancéreux. Les médicaments dont le coût peut être remboursé par le programme sont indiqués dans le formulaire du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

En 2009-2010, les dépenses du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick se sont chiffrées à 177,3 millions de dollars, dont 172,7 millions (97,4 pour cent) ont servi à couvrir le coût des médicaments et 4,6 millions (2,6 pour cent), les frais administratifs.

NBPDP Data/Données du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

	2007-08	2008-09	2009-10
Program Expenditures/Dépenses du programme	$152.7M	$161.9M	$177.3M
Number of active beneficiaries[1]/Nombre de bénéficiaires actifs[1]	95,466	95,150	96,528
Average number of prescriptions per beneficiary/ Nombre moyen d'ordonnances par bénéficiaire	31.1	33.7	37.4
Average paid per beneficiary/Moyenne payée par bénéficiaire	$1,552	$1,651	$1,789
Average paid per prescription/Moyenne payée par ordonnance	$49.88	$49.05	$47.84

[1] An active beneficiary is an individual who received drug benefits during the reporting periods./[1]Un bénéficiaire actif est une personne qui a reçu des médicaments prévus par le Plan de médicaments sur ordonnance pendant les périodes de référence.

Medication Review Program (NB PharmaCheck™)

A medication review program called NB PharmaCheck™ was developed by the Department of Health in collaboration with the NB Pharmacists' Association and the Canadian Pharmacists Association. This service provides an opportunity for pharmacists to interact one-on-one with patients to help them get the most benefit from their medication.

The objectives of the program are to:

- Improve a patient's knowledge of and adherence with their medications
- Enhance the potential benefits associated with a patient's medications
- Reduce the potential risks associated with a patient's medications

The NB PharmaCheck™ pilot project was launched February 8, 2010 and will run until July 31, 2010. For the pilot, New Brunswick Prescription Drug Program beneficiaries who are 65 years of age and older and who are taking three or more chronic medications are eligible to receive a medication review. An evaluation of the pilot project will assist in determining the future direction of NB PharmaCheck™.

Programme d'examen des médicaments (programme PharmaConsulte NBMC)

Un programme d'examen des médicaments appelé PharmaConsulte NBMC a été mis au point par le ministère de la Santé en collaboration avec l'Association des pharmaciens du Nouveau-Brunswick et l'Association des pharmaciens du Canada. Ce service donne aux pharmaciens la possibilité de communiquer de façon individuelle avec les patients pour les aider à profiter au maximum de leurs médicaments.

Les objectifs du programme sont les suivants :

- améliorer les connaissances et le respect du patient à l'égard de ses médicaments;
- améliorer les avantages potentiels liés aux médicaments d'un patient;
- réduire les risques potentiels liés aux médicaments d'un patient.

Le projet pilote PharmaConsulte NBMC a été lancé le 8 février 2010 et il demeurera d'application jusqu'au 31 juillet 2010. Pour le projet pilote, les bénéficiaires du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick qui sont âgés de 65 ans ou plus et qui prennent trois médicaments chroniques ou plus sont admissibles à un examen de leurs médicaments. Une évaluation du projet pilote contribuera à déterminer l'orientation future de PharmaConsulte NBMC.

Prescription Monitoring Program

The department continued work toward establishing a Prescription Monitoring Program (PMP). In 2009-10, work on the development of legislation was completed. The *Prescription Monitoring Act* received Royal Assent on December 18, 2009. Development of the Regulations and operational aspects such as the development of policies, procedures, outcome measures and reporting is ongoing.

The PMP will provide information to assist in patient care decision-making, promote optimal prescribing and utilization of monitored drugs, assist in the early identification of patients at risk for addiction, and reduce the abuse and misuse of monitored drugs. The Program will initially focus on narcotic and controlled drugs dispensed by community pharmacies. Pharmacists and prescribers will be able to view a patient's history of narcotics and controlled drugs in real-time prior to prescribing and dispensing a prescription for a monitored drug.

Programme de surveillance pharmaceutique

Le ministère a poursuivi ses travaux en vue d'établir un Programme de surveillance pharmaceutique (PSP). En 2009-2010, on a terminé les travaux relatifs à l'élaboration de la législation. La *Loi sur la surveillance pharmaceutique* a reçu la sanction royale le 18 décembre 2009. L'élaboration du règlement et des aspects opérationnels tels que l'élaboration de politiques, de procédures, de mesures des résultats, ainsi que de rapports, est en cours.

Le Programme de surveillance pharmaceutique (PSP) fournira des renseignements pour guider la prise de décisions en matière de soins aux patients, favoriser la prescription optimale et l'utilisation de médicaments surveillés, permettre la désignation précoce de patients qui risquent de développer une assuétude et réduire la consommation abusive et le mauvais usage de médicaments surveillés. Au départ, ce programme sera axé sur l'utilisation de stupéfiants et de médicaments réglementés dispensés par les pharmacies communautaires. Les pharmaciens et les médecins prescripteurs pourront consulter l'historique du patient en matière de consommation de narcotiques et de médicaments réglementés en temps réel avant de prescrire et d'exécuter une ordonnance pour un médicament surveillé.

CORE BUSINESS AREA: PREVENTION / EDUCATION / AWARENESS

Public Health

The mission of Public Health is to promote, maintain and protect the health of the people of New Brunswick.

The Office of the Chief Medical Officer of Health (OCMOH) is responsible for the overall direction of public health in the province and works collaboratively with Public Health in the regional health authorities.

In November 2009 the *Public Health Act* and six regulations was proclaimed: Food Premises Regulation, Reporting Disease Regulation, Abattoir Regulation, Dairy Plant and Transportation of Milk Regulation, Onsite Sewage Disposal System Regulation, Health Regions Regulation.

This new legislation is designed to protect the public from health hazards, environmental risks and communicable diseases. The *Act* also strengthens the authority of the Medical Officers of Health to act in the interests of protecting the health of the population.

A phased-in risk based approach will be taken over the next few years to fully implement the new legislation and to ensure communication with stakeholders occur at every stage of implementation.

Public Health Programs and Services

Public Health programs and services are provided by the department as well as the regional health authorities. The programs and services fall under the following three areas: 1) communicable disease: prevention, management and control; 2) health protection, and 3) public health practice and population health.

Communicable Disease: Prevention, Management and Control

A number of the department's protection and prevention services help New Brunswickers maintain their health and well-being by avoiding communicable diseases.

Immunization Program

The department provides immunization against a range of vaccine preventable diseases. Immunization programs have proven effective in reducing the incidence of vaccine preventable communicable diseases. Routine childhood and adult vaccines are provided without charge to clients and are provided by Public Health nurses through pediatric immunization clinics, school clinics and by medical and nurse practitioners.

New Brunswickers at high risk of complications from influenza and invasive pneumococcal disease are eligible for publicly-funded immunization against these diseases. These vaccines are predominantly physician-delivered with VON providing influenza vaccine to infants, pregnant

SECTEUR D'ACTIVITÉ PRINCIPAL : PRÉVENTION, ÉDUCATION ET SENSIBILISATION

Santé publique

La Santé publique a pour mission de promouvoir, de préserver et de protéger la santé de la population du Nouveau-Brunswick.

Le Bureau du médecin hygiéniste en chef (BMHC) voit à l'orientation générale de la santé publique dans la province et travaille, en collaboration avec la Santé publique, dans les régies régionales de la santé.

En novembre 2009, la *Loi sur la santé publique* et six règlements ont été promulgués : le Règlement sur les locaux destinés aux aliments, le Règlement sur certaines maladies et le protocole de signalement, le Règlement sur les abattoirs, le Règlement sur les laiteries et le transport du lait, le Règlement sur les systèmes autonomes d'évacuation et d'épuration des eaux usées, et le Règlement sur les régions sanitaires.

Cette nouvelle législation vise la protection du public contre les risques pour la santé, les risques pour l'environnement et les maladies transmissibles. La *Loi* renforce également la compétence des médecins hygiénistes à agir pour protéger la santé de la population.

Une approche progressive fondée sur les risques sera adoptée au cours des prochaines années afin de mettre pleinement en œuvre la nouvelle législation et de veiller à la communication avec les intervenants à chaque stade de la mise en œuvre.

Programmes et services de santé publique

Les programmes et les services de santé publique sont offerts par le ministère et les régies régionales de la santé. Ils relèvent des trois domaines suivants : 1) la prévention, la gestion et le contrôle des maladies transmissibles; 2) la protection de la santé; et 3) la pratique en santé publique et la santé de la population.

Prévention, traitement et contrôle des maladies transmissibles

Un certain nombre de services de protection et de prévention du ministère aident les gens du Nouveau-Brunswick à préserver leur santé et leur bien-être en évitant de contracter des maladies transmissibles.

Programme d'immunisation

Le ministère offre une immunisation contre toute une série de maladies pouvant être prévenues par la vaccination. Les programmes de vaccination se sont avérés efficaces pour réduire l'incidence de certaines maladies transmissibles. Les vaccins habituels destinés aux enfants et aux adultes sont gratuits pour les clients. Ils sont administrés par des infirmières en Santé publique au cours de cliniques d'immunisation pédiatrique et de cliniques de vaccination en milieu scolaire, ainsi que par des médecins et des infirmières praticiennes.

Les Néo-Brunswickois qui risquent fortement de souffrir de complications de la grippe et d'une maladie pneumococcique invasive sont admissibles au programme public d'immunisation contre ces maladies. Ces vaccins sont principalement administrés par des médecins; les infirmières de l'Ordre de Victoria donnent

women and seniors. During the 2009-10 influenza season, approximately 229,060 doses of influenza vaccine and 19,520 doses of pneumococcal vaccine were distributed for immunization of the identified high-risk groups. These figures represent an increase in the number of dose of both vaccines distributed over the previous two years. During the H1N1 influenza pandemic approximately 65 per cent of New Brunswick residents were immunized with pandemic influenza vaccine through the combined efforts of Public Health nurses, community and institutional care providers, and industry occupational health programs.

Surveillance Data:
Vaccine-preventable disease

Tables A-1 and A-2 illustrate the incidence of selected vaccine-preventable diseases that are reported in New Brunswick.

In 2009, there was one case of mumps in New Brunswick. In early to fall 2007, there was a large mumps outbreak in New Brunswick. There were a total of 124 cases most of which were young adult's between 19-29 years old (average age 25 years). There was a concurrent increase in mumps activity in surrounding provinces including a large outbreak in Nova Scotia. Public Health interventions included: alerting public and health care providers; a mumps vaccine campaign targeting health care providers, 18-24 year olds, post-secondary students, and a Grade 12 catch-up; enhanced surveillance and active follow-up of cases and their contacts.

The pertussis rate continues to remain steady at a low rate due in part to the cyclic nature of the disease and to ongoing adolescent immunization protection that commenced in 2004.

Table A-1 Vaccine Preventable Diseases Reported in New Brunswick, 2005-2009

Crude Incidence Rate Per 100,000 Population

Disease	2005	2006	2007	2008	2009
Measles	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0
Mumps	0.0	0.0	16.5	0.1	0.1
Pertussis	6.6	3.6	3.1	3.1	3.2
Rubella	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Hepatitis B	2.7	3.3	4.8	3.8	3.3
(Acute)	0.8	0.5	1.1	0.5	0.1
(Carrier)	1.9	2.8	3.7	3.3	3.2
Diphtheria	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Tetanus	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Polio	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
H. influenzae type b	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0

Source: OCMOH, Communicable Disease Unit.
Note: the denominator use to calculate the 2008 and 2009 rates are the 2008 preliminary postcensual population estimates by Statistics Canada which is based on 2006 census data.

un vaccin antigrippal aux bébés, aux femmes enceintes et aux personnes âgées. Pendant la saison grippale de 2009-2010, environ 229 060 doses de vaccin antigrippal et 19 520 doses de vaccin antipneumococcique ont été distribuées pour immuniser les groupes définis comme étant à risque élevé. Ces chiffres représentent une augmentation du nombre de doses des deux vaccins distribuées au cours des deux années précédentes. Pendant la pandémie du virus de la grippe H1N1, environ 65 pour cent des résidents du Nouveau-Brunswick ont été immunisés avec le vaccin contre la grippe pandémique grâce aux efforts combinés d'infirmières de la Santé publique, de prestataires de soins communautaires et institutionnels, ainsi que de programmes de santé au travail de l'industrie.

Données de surveillance :
Maladies évitables par la vaccination

Les tableaux A1 et A2 illustrent l'incidence de certaines maladies évitables par la vaccination qui sont déclarées au Nouveau-Brunswick.

En 2009, un cas d'oreillons a été signalé au Nouveau-Brunswick. Du début de 2007 jusqu'à l'automne, le Nouveau-Brunswick a connu une importante épidémie d'oreillons. On a dénombré au total 124 cas, dont la plupart concernait des jeunes adultes âgés entre 19 et 29 ans (âge moyen de 25 ans). On a observé une recrudescence concordante de l'activité du virus des oreillons dans les provinces avoisinantes, notamment une éclosion importante en Nouvelle-Écosse. Les interventions de la Santé publique incluaient les initiatives suivantes : alerter le public et les fournisseurs de soins de santé, une campagne de vaccination contre les oreillons ciblant les fournisseurs de soins de santé, les jeunes adultes âgés entre 18 et 24 ans, les élèves du niveau postsecondaire et les élèves de la 12e année dans le cadre d'un programme d'immunisation de rattrapage, une surveillance accrue et un suivi actif des cas et des sujets-contacts.

Le faible taux d'incidence de la coqueluche demeure constant; il est dû en partie à la nature cyclique de la maladie et à l'immunisation continue chez la population adolescente depuis 2004.

Tableau A-1 Maladies évitables par la vaccination signalées au Nouveau-Brunswick, 2005 à 2009

Taux d'incidence brut pour 100 000 habitants

Maladie	2005	2006	2007	2008	2009
Rougeole	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Oreillons	0,0	0,0	16,5	0,1	0,1
Coqueluche	6,6	3,6	3,1	3,1	3,2
Rubéole	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hépatite B	2,7	3,3	4,8	3,8	3,3
(Aiguë)	0,8	0,5	1,1	0,5	0,1
(Porteur)	1,9	2,8	3,7	3,3	3,2
Diphtérie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tétanos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Polio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
H. influenzae type b	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0

Source : Bureau du médecin hygiéniste en chef, Unité du contrôle des maladies transmissibles.
Remarque : Le dénominateur utilisé pour calculer les taux de 2008 et de 2009 sont les estimations démographiques postcensitaires préliminaires de 2008 de Statistique Canada basées sur les données de recensement de 2006.

Table A-2 Number of Cases of Vaccine-Preventable Disease by Zones, 2009/
Tableau A-2 Nombre de cas de maladies pouvant être prévenues par la vaccination par zone, 2009

	Zones							
Disease / Maladie	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**Provincial Total/ Total provincial**
Measles/Rougeole	0	0	0	0	0	0	0	0
Mumps/Oreillons	0	0	1	0	0	0	0	1
Pertussis/Coqueluche	21	0	0	2	1	0	0	24
Rubella/Rubéole	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis B/Hépatite B	13	1	8	2	0	1	0	25
(Acute/aiguë)	0	0	1	0	0	0	0	1
(Carrier/porteur)	13	1	7	2	0	1	0	24
Diphtheria/Diphtérie	0	0	0	0	0	0	0	0
Tetanus/Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0
Polio	0	0	0	0	0	0	0	0
H. influenzae type b	0	0	0	0	0	0	0	0

Source: OCMOH, Communicable Disease Unit. /Bureau du MHC, Unité de contrôle des maladies transmissibles.

Foodborne, Waterborne and Enteric Diseases

The Communicable Disease Control Enteric team works collaboratively with the Health Protection Branch to identify the source and prevent further spread of enteric diseases to ultimately decrease morbidity and mortality. Sporadic cases and outbreaks of food borne and waterborne communicable diseases are investigated by the regional Public Health Inspection team and managed by the regional medical officers of health. The provincial enteric CDC team is responsible for surveillance, developing policy and guidelines and managing outbreaks that require provincial support and or leadership.

Enteric diseases are normally associated with food, however cases have been linked to contaminated water, secondary transmission from humans and direct contacts with animals including exotic pets.

Surveillance Data: Enteric, Food and Waterborne Diseases

Incidence rate of selected enteric diseases are generally stable or lightly decreasing over the last eight years. Giardiasis incidence rate is the only one increasing since 2004 but nevertheless, it remains lower than in Canada, like for all these selected diseases.

Pandemic Influenza

Pandemic H1N1 2009 Summary

Public Health worked in collaboration with other departmental sectors, regional health authorities and other stakeholders in response to an H1N1 influenza pandemic which occurred in two waves during the year. Public Health provided antiviral medication through hospital and community pharmacies, maintained surveillance activities and delivered a mass immunization program for all residents of New Brunswick.

As of February 4, 2010, 65 per cent of the New Brunswick population had been immunized – one of the highest rates in Canada (Department of Health, 2009). The

Maladies d'origine alimentaire, hydrique et entérique

L'équipe de lutte contre les maladies entériques transmissibles travaille en collaboration avec la Direction de la protection de la santé pour déterminer la source et prévenir toute propagation supplémentaire de maladies entériques pour réduire au bout du compte le taux de morbidité et de mortalité. Les cas sporadiques et les épidémies de maladies transmissibles d'origine alimentaire et hydrique sont étudiés par l'équipe régionale des inspecteurs de la Santé publique et gérés par les médecins hygiénistes régionaux. L'équipe provinciale de lutte contre les maladies entériques transmissibles est chargée de la surveillance, de l'élaboration de politiques et de directives, ainsi que de la gestion des épidémies qui requièrent un soutien et un leadership provinciaux.

On associe généralement les maladies entériques à l'alimentation; cependant, on a lié des cas à de l'eau contaminée, à une transmission secondaire par des humains et à des contacts directs avec des animaux, notamment des animaux exotiques.

Données de surveillance : Maladies entériques, alimentaires et hydriques

Le taux d'incidence des maladies entériques sélectionnées est généralement stable ou légèrement en baisse ces huit dernières années. Le taux d'incidence de la giardiase est le seul taux à la hausse depuis 2004, mais il demeure toutefois plus faible qu'au Canada, comme pour toutes les maladies sélectionnées.

Pandémie

Résumé de la grippe pandémique H1N1 en 2009

La Santé publique a travaillé en collaboration avec d'autres secteurs ministériels, les régies régionales de la santé et d'autres intervenants en réponse à une grippe pandémique H1N1 qui s'est propagée en deux vagues pendant l'année. La Santé publique a fourni un médicament antiviral dans les pharmacies hospitalières et communautaires, elle a poursuivi des activités de surveillance et elle a déployé un programme d'immunisation de masse pour tous les résidents du Nouveau-Brunswick.

Le 4 février 2010, 65 pour cent de la population du Nouveau-Brunswick avaient été immunisés – ceci représente l'un des taux les plus élevés du Canada (ministère de la Santé, 2009). La campagne

Table A-5 Enteric, Food and Waterborne Diseases Reported in New Brunswick, 2005-2009

Crude Incidence Rate per 100,000 Population

Disease	2005	2006	2007	2008	2009
Campylobacter	23.4	22.8	22.1	21.3	21.1
Giardiasis	10.8	12.8	12.9	14.1	14.7
E. coli 0157 :H7	1.6	1.6	3.3	1.7	1.7
Salmonellosis	14.4	22.8	17.3	14.2	14.4
Shigellosis	1.5	0.7	0.5	0.8	0.9

Source: OCMOH, Communicable Disease Unit.
Note: the denominator use to calculate the 2008 rates are the 2008 preliminary postcensual population estimates by Statistics Canada which is based on 2006 census data.

Tableau A-5 Maladies entériques, alimentaires et hydriques signalées au Nouveau-Brunswick (de 2005 à 2009)

Taux d'incidence brut pour 100 000 habitants

Maladie	2005	2006	2007	2008	2009
Campylobactériose	23,4	22,8	22,1	21,3	21,1
Giardiase	10,8	12,8	12,9	14,1	14,7
E. coli 0157:H7	1,6	1,6	3,3	1,7	1,7
Salmonellose	14,4	22,8	17,3	14,2	14,4
Shigellose	1,5	0,7	0,5	0,8	0,9

Source : Bureau du MHC, Unité de contrôle des maladies transmissibles.
Nota : Le dénominateur utilisé pour calculer les taux de 2008 sont les estimations démographiques postcensitaires préliminaires de 2008 de Statistique Canada basées sur les données de recensement de 2006.

Table A-6 Number of Cases of Enteric, Food and Waterborne Diseases by Zones, 2009/ Tableau A-6 Nombre de cas de maladies entériques, alimentaires et hydriques par zone, 2009

Actual Numbers/Chiffres réels

Disease/Maladie	Zones 1	2	3	4	5	6	7	Provincial Total/ Total provincial
Campylobacteriosis/Campylobactériose	48	22	24	31	7	24	2	158
Giardiasis/Giardiase	40	20	16	2	11	13	8	110
E. coli 0157:H7	6	5	0	0	0	1	1	13
Salmonellosis/Salmonellose	37	19	21	15	3	7	6	108
Shigellosis/Shigellose	1	2	4	0	0	0	0	7

Source: OCMOH, Communicable Disease Unit./ Bureau du MHC, Unité de contrôle des maladies transmissibles.

pandemic immunization campaign began October 26, 2009, and mass clinics closed on December 16, 2009. Since then, smaller clinics and private practitioners have been providing the vaccine.

Initial vaccine shortages mandated the use of a prioritization strategy for early access to the vaccine. The first key target groups included First Nation persons, pregnant women and very young children, followed by those with chronic diseases. These groups were at highest risk of severe disease based on the epidemiology of the first wave of the pandemic. To slow the spread and reduce the effects of the virus, New Brunswick extended the initial priority childhood age range from preschool to nine years. As this group were likely to transmit the virus to the greatest number of susceptible individuals immunizing these "super spreaders" of influenza through school clinics resulted in a dramatic decrease in transmission of the virus.

Provincially, 82 per cent of children six months to nine years were immunized with one dose of pandemic vaccine, most within the first few weeks. Immunizing such a large proportion of children rapidly truncated the pandemic in New Brunswick. There was a decrease in the proportion of positive specimens once greater than 60 per cent of children six months to nine years were immunized (Figure 1).

d'immunisation contre la grippe pandémique a commencé le 26 octobre 2009 et les cliniques de masse ont été fermées le 16 décembre 2009. Depuis lors, des cliniques plus modestes et des praticiens privés administrent le vaccin.

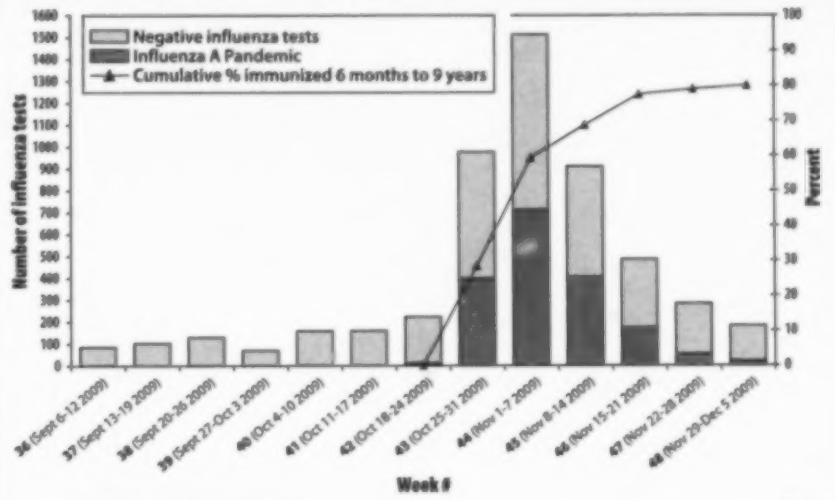
Les pénuries du vaccin initiales ont mandaté l'utilisation d'une stratégie de priorisation visant un accès précoce au vaccin. Les premiers groupes cibles principaux comprenaient les Premières Nations, les femmes enceintes et les très jeunes enfants, suivis des personnes souffrant de maladies chroniques. Ces groupes étaient les plus exposés aux risques de maladie grave d'après l'épidémiologie de la première vague de la pandémie. Pour ralentir la propagation et réduire les effets du virus, le Nouveau-Brunswick a étendu la tranche d'âge prioritaire initiale du préscolaire à neuf ans. Comme ce groupe allait vraisemblablement transmettre le virus au plus grand nombre d'individus, l'immunisation de ces « champions de la propagation » de la grippe lors de cliniques de vaccination en milieu scolaire a entraîné une diminution spectaculaire de la transmission du virus.

À l'échelle provinciale, 82 pour cent des enfants âgés de six mois à neuf ans ont été immunisés avec une dose de vaccin contre la grippe pandémique, la plupart lors des quelques premières semaines. L'immunisation d'une aussi grande proportion d'enfants a rapidement essoufflé la pandémie au Nouveau-Brunswick. La proportion d'échantillons positifs a diminué dès que plus de 60 pour cent des enfants âgés de six mois à neuf ans ont été immunisés (figure 1).

Overall, 169 persons were admitted to hospital; 27 cases were admitted to intensive care; and eight persons died. High vaccination coverage rates were seen in early priority groups. Vaccine coverage for First Nations communities was around 90 per cent overall and almost 80 per cent among pregnant women. As vaccine supply increased, the program was expanded, and by the end of November 2009, vaccine was available to all New Brunswick residents.

Globalement, 169 personnes ont été admises à l'hôpital, 27 cas ont été admis aux soins intensifs, et huit personnes sont décédées. On a observé des taux de couverture vaccinale élevés chez les groupes prioritaires précoces. La couverture vaccinique pour les collectivités des Premières Nations tournait autour des 90 pour cent en général et elle était de près de 80 pour cent chez les femmes enceintes. Lorsque l'approvisionnement en vaccins a augmenté, le programme a été étendu, et à la fin du mois de novembre 2009, le vaccin était accessible à tous les résidents du Nouveau-Brunswick.

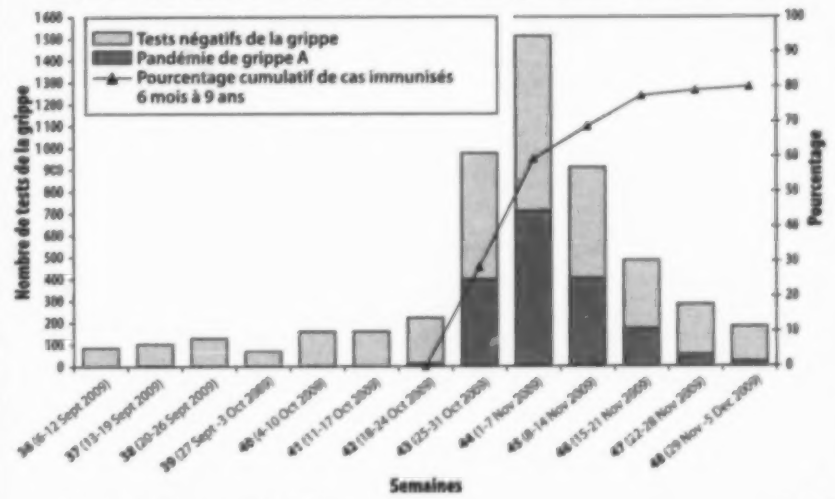
Number of positive influenza specimens and percent of immunized between 6 months to 9 years with H1N1 vaccine in New Brunswick to December 5 2009



Source for Laboratory Data: G.L Dumont Lab
Source for Immunization Data: CSDS.

Figure 1

Nombre de spécimens positifs de grippe et pourcentage d'enfants immunisés entre 6 mois et 9 ans au Nouveau-Brunswick, jusqu'au 5 décembre 2009



Source des données de laboratoire : Lab G.L. Dumont
Source des données d'immunisation : GSDS

Figure 1

Pandemic planning

Through a collaborative, consultative process an after action review took place post H1N1 in December 2009 .The regional health authorities, First Nation leadership and their respective health teams, Atlantic First Nation and Inuit Health (FNIH) , NB Aboriginal

Planification en cas de pandémie

Au moyen d'un processus de collaboration et de consultation, un examen a posteriori a eu lieu après l'épidémie de grippe H1N1 en décembre 2009. Les régies régionales de la santé, le leadership des Premières Nations et leurs équipes de santé respectives, la Direction de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI),

Peoples Council(NBAPC), physicians, Victorian Order of Nurses (VON) and other stakeholders all were given opportunity to contribute. Their collective feedback has been incorporated into the OCMOH provincial pandemic influenza plan.

Moving forward, provincial public health remains responsible for the public health planning for pandemic influenza which includes procurement and distribution of pandemic vaccine and antivirals, developing messaging and policy for mitigation of the pandemic and continual surveillance of disease related data during all phases of the pandemic. Public Health continues to work closely with federal/provincial/territorial colleagues across the country to ensure informed practices are considered in the New Brunswick public health pandemic plan.

HIV Testing Program

The Department of Health is committed to providing services for people at high-risk for HIV including other bloodborne and sexually transmitted infections (STBBI). The goal of the program is to reduce the incidence rate of HIV and other bloodborne infections through education and counselling, early screening and ensuring access to treatment for individuals infected with STBBI. The success of these services is enhanced by the collaboration between Public Health and community partners such as AIDS service organizations, Healing Our Nations and with other sectors such as Correction Services Canada as well as Public Safety.

Regional Public Health staff deliver the HIV Testing Program in the community and in federal and provincial correctional facilities in New Brunswick. Primary prevention services are provided to community groups and to inmates in correctional facilities. Secondary prevention services such as, testing and counselling are provided to individuals and inmates requesting HIV testing. HIV testing options include anonymous, non-nominal and nominal.

In 2009-10, Public Health HIV Testing Program provided testing and/or counselling services to 682 individuals in the community. This number is lower than it was in 2008-09 where 954 individuals were tested. This reduction is due to the H1N1 pandemic influenza where all Public Health staff was affected to the mass immunization clinics.

The same phenomenon can be observed in correctional facilities where 110 provincial inmates were tested compared to 181 in 2008-09. The memorandum of understanding between the Department of Health and Correction Services Canada and Public Safety is currently under revision.

The Office of the Chief Medical Officer of Health STBBI team is currently funding AIDS service organizations to deliver a needle/syringe exchange program. The goal of this program is to reduce the risk of contracting bloodborne infections such as HIV and Hepatitis C. The department provides funding for a program coordinator as well as needles, syringes and condoms to AIDS service organizations in Saint John, Fredericton and Moncton. This

le NB Aboriginal Peoples Council (NBAPC), les médecins, les Infirmières de l'Ordre de Victoria et d'autres intervenants ont tous eu l'occasion d'apporter leur contribution. Leur rétroaction collective a été intégrée au plan provincial de lutte contre la pandémie d'influenza du Bureau du médecin hygiéniste en chef (BMHC).

À l'avenir, la Santé publique provinciale demeurera responsable de la planification de la santé publique pour la grippe pandémique, qui comprend la mise à disposition et la distribution du vaccin et des antiviraux pandémiques, l'élaboration de messages et de politiques pour la minimisation de la pandémie, et la surveillance continue des données liées à la maladie au cours de l'ensemble des phases de la pandémie. Elle continue à collaborer étroitement avec ses collègues fédéraux, provinciaux et territoriaux dans l'ensemble du pays afin de s'assurer que le plan de lutte contre la pandémie de la Santé publique au Nouveau-Brunswick tient compte de pratiques éclairées.

Programme de dépistage du VIH

Le ministère de la Santé s'est engagé à offrir des services aux personnes courant un risque élevé d'exposition au VIH ainsi qu'à d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Le but du programme est de réduire le taux d'incidence du VIH et d'autres infections transmissibles par le sang au moyen de services d'éducation et de counseling, d'un dépistage précoce et d'un accès au traitement pour les personnes atteintes d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). La réussite de ces services est renforcée par la collaboration entre la Santé publique et les partenaires communautaires tels que les organismes de services en matière de sida, Healing Our Nations, ainsi qu'avec d'autres secteurs tels que Service correctionnel Canada, ainsi que la Sécurité publique.

Le personnel régional de la Santé publique offre des programmes de dépistage du VIH dans la collectivité ainsi que dans les établissements correctionnels provinciaux et fédéraux du Nouveau-Brunswick. Des services de prévention primaires sont offerts aux groupes communautaires et aux détenus dans les établissements correctionnels. Des services de prévention secondaires tels que le dépistage et le counseling sont offerts aux personnes et aux détenus présentant une demande de dépistage du VIH. Les types de dépistage du VIH offerts sont les suivants : anonyme, non nominal et nominal.

En 2009-2010, le programme de dépistage du VIH de la Santé publique a fourni des services de dépistage et de counseling à 682 personnes au sein de la collectivité. Ce nombre est inférieur à celui de 2008-2009, lorsque 954 personnes avaient subi un dépistage. Cette réduction est due à la grippe pandémique H1N1, car l'ensemble du personnel de la Santé publique avait été affecté aux cliniques d'immunisation de masse.

On peut observer le même phénomène dans les établissements correctionnels, où 110 détenus provinciaux ont été soumis à un dépistage, par rapport à un chiffre de 181 détenus en 2008-2009. Le protocole d'entente entre le ministère de la Santé et Service correctionnel Canada et la Santé publique est actuellement en cours de révision.

L'équipe des infections transmissibles sexuellement et par le sang du Bureau du médecin hygiéniste en chef du Nouveau-Brunswick finance actuellement les organismes de services en matière de sida pour déployer un programme d'échange d'aiguilles et de seringues. Le but de ce programme est de réduire le risque de contracter des infections transmissibles par le sang telles que le VIH et l'hépatite C. Le ministère finance un coordonnateur de programme ainsi que des aiguilles, des seringues et des

program is currently under review.

The Sexually Transmitted Infection Information Line (1-866-785-1010) provides free, confidential health advice on STIs and other infections including HIV and Hepatitis C. New Brunswick residents have access to a bilingual registered nurse, 24 hours a day, seven days a week. In 2009-10, the STI Info line responded to 420 calls for advice, information and referral.

Surveillance Data: Sexually Transmitted and Bloodborne Infections

Sexually transmitted and bloodborne infections (STBBI) and their serious consequences can be prevented and reduced through education, early detection, treatment and identification and follow-up of high-risk partners. Most of public health programs are involved in the control of STBBI including the Communicable Disease, Sexual Health Centres, HIV Testing as well as the Healthy Learners' in School Program, Early Childhood Initiative and the Immunization Program. Public Health service providers work in collaboration to ensure the provision of comprehensive sexual health services to prevent and control STBBI.

Tables A-3 and A-4 illustrate that the trend is gradually increasing in some areas, but this is not unique to New Brunswick as most of these rates are below or comparable to the national rates.

Sexual Health Program

Using a comprehensive approach, the Sexual Health Program aims to improve, support and maintain the healthy sexuality of New Brunswick youth. The goals of the program is to reduce the incidence of unplanned pregnancies and sexually transmitted and bloodborne infections in youth under the age of 25.

Program components include sound, current and age-appropriate sexual health education, counseling and clinical services to youth. Parents/guardians may access the program for education and counseling services. Professionals who work with youth may access education information and resources as well. Services are provided through sexual health centers located in all zones along with outreach services as needed.

In fiscal 2009-10, a total of 11,300 individuals (of which 2,349 new clients) were provided clinical services (testing and treatment) and counseling by a Public Health nurse, nurse practitioner and/or physician. Approximately 17,181 individuals were reached through 115 information/ education group sessions. In addition to these services, Public Health responded to approximately 970 requests for sexual health related resources and information from parents, students and professionals.

préservatifs pour les organismes de services en matière de sida à Saint John, Fredericton et Moncton. Ce programme est actuellement à l'étude.

La ligne sans frais sur les infections transmises sexuellement (1 866 785-1010) permet d'obtenir des conseils de santé gratuits et confidentiels sur les infections transmissibles sexuellement et d'autres infections, y compris le VIH et l'hépatite C. Les résidents du Nouveau-Brunswick peuvent communiquer avec une infirmière immatriculée bilingue, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. En 2009-2010, la ligne d'information sur les infections transmissibles sexuellement a répondu à 420 appels de personnes qui voulaient obtenir des conseils, de l'information et un service d'aiguillage.

Données de surveillance : Infections transmissibles sexuellement et par le sang

L'éducation, la détection précoce, le traitement, l'identification et le suivi des partenaires à risque élevé peuvent prévenir et réduire les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et leurs conséquences graves. La plupart des programmes de la Santé publique participent au contrôle des infections transmissibles sexuellement et par le sang, notamment le programme de lutte contre les maladies transmissibles, les centres de santé sexuelle, le programme de dépistage du VIH ainsi que le programme Apprenants en santé à l'école, le programme Initiatives pour la petite enfance et le programme d'immunisation. Les prestataires de services de la Santé publique travaillent en collaboration pour assurer la prestation de services de santé sexuelle exhaustifs pour prévenir et contrôler les infections transmissibles sexuellement et par le sang.

Les tableaux A-3 et A-4 démontrent que la tendance augmente graduellement sans toutefois être unique au Nouveau-Brunswick, puisque la plupart de ces tendances sont inférieures ou comparables aux taux nationaux.

Programme de santé sexuelle

À l'aide d'une approche globale, le Programme de santé sexuelle du ministère vise à améliorer, à soutenir et à maintenir la santé sexuelle des jeunes Néo-Brunswickois. Le programme a pour but de réduire l'incidence des grossesses imprévues et des maladies transmissibles sexuellement et par le sang chez les jeunes âgés de moins de 25 ans.

Les composantes du programme offrent aux jeunes des services avisés, actuels et pertinents à leur âge en matière d'éducation sexuelle, de counseling et de services cliniques. Les parents ou tuteurs peuvent accéder à de l'information sur l'éducation et les services de counseling grâce au programme. Les professionnels qui travaillent avec les jeunes peuvent également accéder à l'information et aux ressources relatives à l'éducation. Les services sont fournis par des centres de santé sexuelle situés dans toutes les zones, avec des services d'extension si nécessaire.

Au cours de l'exercice 2009-2010, un total de 11 300 personnes (dont 2 349 étaient de nouveaux clients) ont bénéficié de services cliniques (dépistage et traitement) et de counseling dispensés par une infirmière de la Santé publique, une infirmière praticienne ou un médecin. Les 115 séances informatives et éducatives de groupe ont touché près de 17 181 personnes. En plus de ces services, la Santé publique a répondu à environ 970 demandes de ressources et d'information relatives à la santé sexuelle provenant des parents, des élèves et d'autres professionnels.

Table A-3 Sexually Transmitted Infections and Bloodborne Pathogens Reported in New Brunswick, 2005-2009

Crude Incidence Rate Per 100,000 Population

Disease	2005	2006	2007	2008	2009
Genital Chlamydia	199.2	179.3	166.7	185.9	199.6
Gonorrhea	3.1	4.8	6.3	4.7	5.5
Genital Herpes	48.0	48.6	49.7	53.5	55.0
Syphilis - All	0.8	0.8	1.5	1.5	1.5
(Early symptomatic)	0.1	0.4	0.5	0.4	0.5
HIV	0.9	1.7	1.1	1.5	1.6
AIDS	0.8	0.1	0.5	0.1	0.1

Source: OCMOH, Communicable Disease Unit.
Note: the denominator use to calculate the 2008 rates are the 2008 preliminary postcensual population estimates by Statistics Canada which is based on 2006 census data.

Tableau A-3 Infections transmises sexuellement ou pathogènes transmissibles par le sang signalées au Nouveau-Brunswick, 2005 à 2009

Taux d'incidence brut pour 100 000 habitants

Maladie	2005	2006	2007	2008	2009
Chlamydiose génitale	199,2	179,3	166,7	185,9	199,6
Gonorrhée	3,1	4,8	6,3	4,7	5,5
Herpès génital	48,0	48,6	49,7	53,5	55,0
Syphilis — Tout	0,8	0,8	1,5	1,5	1,5
(symptomatique précoce)	0,1	0,4	0,5	0,4	0,5
VIH	0,9	1,7	1,1	1,5	1,6
SIDA	0,8	0,1	0,5	0,1	0,1

Source : Bureau du MHC, Unité du contrôle des maladies transmissibles.
Nota : Le dénominateur utilisé pour calculer les taux de 2008 sont les estimations démographiques postcensitaires de Statistique Canada de 2008 basées sur les données de recensement de 2006.

Table A-4 Number of Cases of Sexually Transmitted Infections and Bloodborne Pathogens by Zones, 2009/Tableau A-4 Nombre de cas d'infections transmises sexuellement ou d'agents pathogènes transmissibles par le sang par zone, 2009

	Zones							
Disease/Maladie	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**Provincial Total/ Total provincial**
Genital Chlamydia/Chlamydiose génitale	486	309	447	42	43	93	76	1 496
Gonorrhea/Gonorrhée	15	17	4	1	2	1	1	41
Genital Herpes/Herpès génital	127	80	129	14	10	38	14	412
Syphilis – All/Tout	4	3	4	0	0	0	0	11
(Early symptomatic)/(symptomatique précoce)	2	2	0	0	0	0	0	4
HIV/VIH	4	5	3	0	0	1	0	12
AIDS/SIDA	1	0	0	0	0	0	0	1

Source: OCMOH, Communicable Disease Unit./Bureau du MHC, Unité de contrôle des maladies transmissibles.

Vectorborne and Zoonotic Diseases

Vectorborne and zoonotic diseases are diseases capable of being transmitted from animals to humans. These include rabies, Lyme disease and West Nile virus. In fiscal 2009-10, the main components of the vectorborne and zoonotic disease program included the prevention of disease in people through public and professional awareness and education, surveillance of cases and specific interventions as appropriate, including treatment of persons exposed to suspect rabid animals. The awareness and education campaign consisted of press releases, print, radio, website and toll-free Information Lines.

Maladies transmises par des vecteurs et autres zoonoses

Les maladies transmises par des vecteurs et autres zoonoses sont des maladies pouvant être transmises par les animaux à l'homme. Celles-ci comprennent la rage, la maladie de Lyme et le virus du Nil occidental. Pour l'exercice 2009-2010, les principaux volets du programme de lutte contre les maladies transmises par des vecteurs et autres zoonoses comprenaient la prévention des maladies par des mesures de sensibilisation et d'information du public et des milieux professionnels, la surveillance des cas et les interventions spécifiques, le cas échéant, notamment le traitement des personnes exposées aux animaux présumés enragés. La campagne de sensibilisation et d'information a été mise en œuvre par l'entremise de communiqués de presse, des annonces dans les journaux, à la radio, un site Web et de lignes d'information sans frais.

Health Protection Programs

The Health Protection Branch under the Office of the Chief Medical Officer of Health includes: food safety (including food premises and agri-food services), water quality, community sanitation, institutional health, communicable disease control, tobacco control and health promotion.

The delivery of the department's inspection programs is based on risk assessment factors which have an impact on reducing the incidence of illness within New Brunswick. These programs aim at maintaining a healthy environment and at preventing communicable diseases by carrying out inspection, enforcement, licensing and monitoring activities.

Activities carried out for each of the Health Protection Branch regional offices in 2009-10 are described below.

Food Safety

Food Service Establishment Licensing

Food premises in New Brunswick must be licensed to operate. A condition of licensing requires that each establishment be inspected by a public health inspector who is responsible to enforce requirements of the *Public Health Act* for the operation of food premises.

The frequency of inspection is established using a risk categorization that considers the types of foods served at the establishment, food handling methods, equipment, maintenance of the establishment, food safety training of staff, food safety management programs, compliance history and the population served. Establishments are categorized as high, medium or low risk with a corresponding frequency of three, two or one inspections per year, respectively.

In 2009-10, 3,334 licences were issued to New Brunswick food premises, this is an increase of 371 licences. This may be attributed to the beginning of the implementation of the new *Public Health Act* which was proclaimed in November 2009 and will require a greater number of facilities to be licensed as implementation is phased-in. Public health inspectors conducted 4,423 inspections of licensed establishments and conducted 422 inspections of unlicensed, temporary or special event food vendors. In addition to inspection activities, public health inspectors trained 2,042 food handlers in food safety training programs as part of ongoing health promotion activities. The Department of Health recognizes the importance of health education as a means of decreasing the incidence of foodborne illness. In 2009-10, there was an additional 19 food handlers trained in food safety (2042) as compared to 2008-09 (1,963). This was due, in part, to the dedicated efforts of the Health Protection Branch to expand the number of food handlers educated in the basics of food safety.

Programmes de protection de la santé

La Direction de la protection de la santé, qui relève du Bureau du médecin hygiéniste en chef, est responsable des domaines suivants : la salubrité des aliments (notamment les locaux destinés aux aliments et les services agroalimentaires), la qualité de l'eau, l'hygiène communautaire, la santé en établissement, la surveillance des maladies transmissibles, la lutte contre le tabagisme et la promotion de la santé.

La prestation des programmes d'inspection du ministère est fondée sur les facteurs d'évaluation des risques qui ont des effets sur la réduction de l'incidence de la maladie au Nouveau-Brunswick. Ces programmes visent à maintenir un environnement sain et à prévenir les maladies transmissibles en effectuant les activités liées à l'inspection, à l'application, à l'attribution de permis et à la surveillance.

La description des activités entreprises en 2009-2010 par chaque bureau régional de la Direction de la protection de la santé est présentée ci-après.

Salubrité des aliments

Délivrance de permis d'exploitation d'un établissement de restauration

Les locaux destinés aux aliments au Nouveau-Brunswick doivent obtenir un permis d'exploitation. Une condition du permis précise que chaque établissement doit être inspecté par un inspecteur de la Santé publique qui est chargé d'appliquer les dispositions de la *Loi sur la santé publique* relatives à l'exploitation des établissements de services alimentaires.

La fréquence des inspections est établie selon un classement des risques qui tient compte des types d'aliments servis dans l'établissement, des méthodes de manipulation des aliments, de l'équipement et de l'entretien de l'établissement, de la formation du personnel relative à la salubrité des aliments, des programmes de gestion de la salubrité des aliments, du dossier de conformité et de la population servie. Les établissements sont classés à risque élevé, moyen ou faible avec une fréquence correspondante de trois inspections, deux inspections ou une inspection par année, respectivement.

En 2009-2010, 3 334 permis ont été délivrés à des établissements de services alimentaires au Nouveau-Brunswick, ce qui représente une hausse de 371 permis. Cette hausse peut être attribuée au début de la mise en œuvre de la nouvelle *Loi sur la santé publique* qui a été promulguée en novembre 2009 et elle nécessitera que davantage d'établissements obtiennent un permis au fur et à mesure de la mise en œuvre de la *Loi*. Les inspecteurs de la Santé publique ont mené 4 423 inspections d'établissements titulaires d'un permis et 422 inspections de fournisseurs de produits alimentaires à des événements spéciaux ou temporaires non visés par un permis. Outre ces activités d'inspection, les inspecteurs de la Santé publique ont aussi formé 2 042 manipulateurs d'aliments dans le cadre de programmes de formation en salubrité des aliments faisant partie des activités continues de promotion de la santé. Le ministère de la Santé reconnaît l'importance de l'éducation en matière de santé comme un moyen de diminuer l'incidence des maladies d'origine alimentaire. En 2009-2010, on a relevé 19 manipulateurs des aliments supplémentaires ayant été formés en salubrité des aliments (2 042) par rapport à 2008-2009 (1 963). Cette hausse est en partie attribuable aux efforts de la Direction de la protection de la santé visant à augmenter le nombre de manipulateurs des aliments formés aux rudiments de la salubrité des aliments.

Number of food service establishment inspections/Nombre d'inspections d'établissements de restauration		
	2008-09	**2009-10**
High/Élevé	943	601
Medium/Moyen	4,010	3,033
Low/Faible	632	789
Total	**5,585**	***4,423**
Licenses Issued/Nombre de permis délivrés	2,936	3,334
Licences revoked/Nombre de permis révoqués	21	**10
Food handlers trained/Nombre de manipulateurs d'aliments formés	1,963	2,042

* The total number of food premises inspections decreased in 2009-10. The staff of the Health Protection Branch in the fall of 2009 dedicated a total of 1,484.66 hours in assisting the Public Health Nurses in the H1N1 mass vaccination campaign, this had an impact on the total number of inspections conducted by the Health Protection Branch/* Le nombre total d'inspections d'établissements de services alimentaires a chuté en 2009-2010. En automne 2009, le personnel de la Direction de la protection de la santé a consacré 1 484,66 heures au total pour aider les infirmières de la Santé publique dans la campagne de vaccination de masse contre la grippe H1N1. Cette campagne a eu des répercussions sur le nombre total d'inspections menées par la Direction de la protection de la santé.
** The number of licence revocations decreased in 2009-10 and returned to the same number as in 2007-08. This may be attributed to operators being more familiar with the provincial inspection policy and the continued increase in food handlers attending food safety courses. * Or to the fact that fewer inspections were conducted in 2009-10 due to the efforts dedicated to the H1N1 mass vaccination (see previous note)/** Le nombre de révocations de permis a diminué en 2009-2010 et il a atteint le même chiffre qu'en 2007-2008. On peut attribuer cette diminution au fait que les exploitants connaissent de mieux en mieux la politique d'inspection provinciale et à la hausse continue des manipulateurs d'aliments qui prennent des cours sur la salubrité des aliments. * Ou au fait qu'on a réalisé moins d'inspections en 2009-2010 en raison des efforts déployés dans la vaccination de masse contre la grippe H1N1 (voir la remarque précédente).

Agri-Food Services

1. Raw Milk Quality Program

Inspection staff, in conjunction with the Provincial Dairy Laboratory, provided the Raw Milk Quality Control Program for the dairy producers in the province. Dairy Producers continue to demonstrate a high degree of compliance with raw milk quality standards.

Raw Milk Sampling	2008-09	2009-10
Number of raw milk samples tested	3,134	2,867
Compliance:		
Bacteria Counts	98.28%	97.87%
Somatic Cell Count	96.94%	97.00%
Added Water	99.79%	99.97%
Number of inhibitor infractions	3	4

Dairy Farm Inspections

The approximately 234 dairy farms are inspected once per year for sanitation and facility requirements with follow-up inspections as required. Inspections are also conducted each time a quality infraction occurs in the raw milk testing program.

	2008-09	2009-10
Number of routine dairy farm inspections	238	234
Number of follow-up, quality and other inspections	267	296

Services agroalimentaires

1. Programme de contrôle de la qualité du lait cru

Le personnel d'inspection, en collaboration avec le laboratoire provincial des produits laitiers, a offert le Programme de contrôle de la qualité du lait cru aux producteurs laitiers de la province. Les producteurs laitiers continuent d'afficher un degré élevé de conformité avec les normes de la qualité du lait cru.

Échantillonnage du lait cru	2008-2009	2009-2010
Nombre d'échantillons de lait cru analysés	3 134	2 867
Conformité :		
Énumérations bactériennes	98,28 %	97,87 %
Énumération des cellules somatiques	96,94 %	97,00 %
Eau ajoutée	99,79 %	99,97 %
Nombre d'agents inhibiteurs	3	4

Inspections de fermes laitières

Environ 234 fermes laitières sont inspectées chaque année relativement aux exigences de salubrité de l'installation et des inspections de suivi sont effectuées selon les besoins. Des inspections sont également effectuées chaque fois qu'une infraction aux normes de qualité se produit dans le cadre du programme d'analyse du lait cru.

	2008-2009	2009-2010
Nombre d'inspections périodiques de fermes laitières	238	234
Nombre d'inspections de suivi, de qualité et autres	267	296

2. Dairy Processors

Sample collection and product testing at the NB Dairy Laboratory.

	2008-09	2009-10
Number of milk and cream samples	0	0
Number of other samples		
Cheese	111	127
Butter	4	7
Yogurt	8	7

Processing Plant Inspections and Milk Meter Calibrations

Pasteurization plants that are not registered with, and inspected by, the Canadian Food Inspection Agency, are inspected once per year with follow-up as required. Milk Meter Calibrations are completed once per year with follow-up as required. Provincial plants are now inspected twice a year. An additional plant was licensed last year.

	2008-09	2009-10
Raw milk cheese and pasteurization plant inspections	10	10
Milk Meter Calibrations	*0	*0

*The department has stopped attending Milk Meter Calibrations unless there have been complaints or issues with milk shortages.

3. Abattoir Inspections

Last year abattoirs were inspected twice or once a year with the implementation of a risk based inspection program. Abattoirs were inspected for sanitation and facility requirements with follow up as required.

There are four inspections required per year relating to Specified Risk Material (SRM) Removal in beef cattle.

	2008-09	2009-10
Number of licensed abattoirs	32	32
Number of abattoir inspections	167	159

4. Bulk Tank Milk Graders

Bulk Tank Milk Graders (BTMG) are individuals that are licensed to:

a) sample and collect raw milk at the farm level
b) deliver raw milk to dairy plants
c) maintain the sanitary condition of bulk milk tankers and trucks

Bulk Tank Milk Graders are inspected once per year and upon initial licensing.

	2008-09	2009-10
Number of BTMG inspections	32	31

2. Transformateurs de produits laitiers

Prélèvement d'échantillons et analyse des produits au laboratoire des produits laitiers du Nouveau-Brunswick.

	2008-2009	2009-2010
Nombre d'échantillons de lait et de crème	0	0
Nombre d'échantillons autres		
Fromage	111	127
Beurre	4	7
Yogourt	8	7

Inspections d'usine de transformation et étalonnage des compteurs à lait

Les usines de pasteurisation qui ne sont pas enregistrées auprès de l'Agence canadienne d'inspection des aliments et qui ne sont pas inspectées par celle-ci, sont inspectées une fois par année, et des inspections de suivi sont effectuées selon les besoins. Les étalonnages des compteurs à lait sont effectués une fois par année et les étalonnages de suivi sont effectués au besoin. Les usines provinciales sont maintenant inspectées deux fois par année. Une autre usine a reçu son permis l'an dernier.

	2008-2009	2009-2010
Inspections d'usines de fromage au lait cru et de pasteurisation	10	10
Étalonnages des compteurs à lait	*0	*0

*Le ministère a cessé de vérifier les étalonnages des compteurs à lait à moins qu'il y ait eu des plaintes ou des problèmes concernant des pénuries de lait.

4. Inspections d'abattoirs

L'an dernier, les abattoirs ont été inspectés deux ou une fois par année avec la mise en œuvre d'un programme d'inspection fondé sur le risque. Les abattoirs ont été inspectés pour les conditions sanitaires et les besoins de l'installation, et des inspections de suivi sont effectuées selon les besoins.

Quatre inspections par an sont requises pour l'enlèvement des matières à risque spécifiées (MRS) des bovins.

	2008-2009	2009-2010
Nombre d'abattoirs ayant un permis	32	32
Nombre d'inspections d'abattoir	167	159

4. Préposés au classement du lait en citerne

Les préposés au classement du lait en citerne sont des personnes autorisées :

a) à échantillonner et à ramasser le lait cru dans les fermes;
b) à livrer le lait cru aux usines laitières;
c) à maintenir les conditions d'hygiène des camions-citernes à lait cru.

Les préposés au classement du lait en citerne sont visés par une inspection une fois par année et au moment de la délivrance du permis.

	2008-2009	2009-2010
Nombre d'inspections par les préposés au classement du lait en citerne	32	31

5. Bulk Milk Tank Truck

Bulk tank milk trucks are inspected once per year with follow-up as required

	2008-09	2009-10
Number of tanker inspections	21	27

Water Quality

Public Drinking Water Supplies

The Department of Health works in cooperation with the Department of Environment to regulate public drinking water supplies. Public health inspectors monitor the results of water samples taken by municipalities and crown owned systems to ensure the water does not exceed health advisory limits, a set of bacteriological and chemical criteria based on the Guidelines for Canadian Drinking Water Quality. To protect the public from adverse health consequences, district medical officers of health may issue 'Boil Orders' or 'Do Not Consume Orders' where public supplies fail to meet the health advisory limits.

In 2009-10, 48 Boil Orders were issued in 23 New Brunswick communities.

	2008-09	2009-10
Number of tests monitored	16,643	20,423
Boil Orders Issued	33	23
Do Not Consume Orders Issued	1*	0

Private Drinking Water Supplies

The Department of Health continue to report to homeowners results of tests conducted at the New Brunswick Analytical Services Laboratory which exceeded the Guidelines for Canadian Drinking Water Quality. A series of free follow-up samples are provided.

	2008-09	2009-10
Private Water Supplies		
Private well owner samples submitted	7,999*	7,010
Private well owners contacted	3,715	2,859

* Free sampling program completed in 2007-08 fiscal year

Recreational Water Quality

The department samples recreational swimming areas during summer months. In some cases, municipalities, provincial park staff or watershed groups conduct testing and report results to the department. Swimming areas are assessed for environmental conditions including proximity to sewage outfalls and recreational use and are sampled for bacteriological water quality. Results of bacteriological tests are measured against the Canadian Recreational Water Quality Guidelines. Where deemed necessary to protect the health of the public, district medical officers of health may post an area as unsafe for swimming.

5. Camion-citerne de lait

Les camions-citernes sont inspectés une fois par année et des inspections de suivi sont effectuées au besoin.

	2008-2009	2009-2010
Nombre d'inspections de camions-citernes	21	27

Qualité de l'eau

Sources publiques d'approvisionnement en eau potable

Le ministère de la Santé collabore avec le ministère de l'Environnement à la réglementation des sources d'approvisionnement en eau potable. Les inspecteurs de la Santé publique surveillent les résultats des échantillons d'eau prélevés par les municipalités et dans les réseaux de la Couronne afin de s'assurer que l'eau ne dépasse pas le niveau d'avis sanitaire, un ensemble de critères bactériologiques et chimiques établi selon les Recommandations pour la qualité de l'eau potable au Canada. Afin de protéger le public contre les conséquences néfastes pour la santé, les médecins hygiénistes régionaux peuvent émettre des ordres de faire bouillir l'eau ou de s'abstenir de consommer l'eau lorsque les sources publiques d'approvisionnement en eau dépassent le niveau d'avis sanitaire.

En 2009-2010, quarante-huit ordres de faire bouillir l'eau ont été délivrés dans vingt-trois localités du Nouveau-Brunswick.

	2008-2009	2009-2010
Nombre d'échantillons analysés	16 643	20 423
Nombre d'ordres de faire bouillir l'eau	33	23
Nombre d'ordres de s'abstenir de consommer l'eau	1*	0

Sources privées d'approvisionnement en eau potable

Le ministère de la Santé continue à communiquer aux propriétaires les résultats des analyses menées au Laboratoire des services analytiques du Nouveau-Brunswick qui dépasse les Recommandations pour la qualité de l'eau potable au Canada. Une série d'échantillons de suivi gratuits sont fournis.

	2008-2009	2009-2010
Sources privées d'approvisionnement en eau		
Échantillons de puits privés soumis	7 999*	7 010
Propriétaires de puits privés contactés	3 715	2 859

* Programme d'échantillonnage gratuit réalisé durant l'exercice 2007-2008

Qualité de l'eau à des fins récréatives

Le ministère échantillonne les lieux de natation pendant les mois d'été. Dans certains cas, les municipalités, le personnel des parcs provinciaux ou les groupes de bassins versants ont mené des analyses et ont communiqué les résultats au ministère. Les lieux de natation sont évalués d'après les conditions environnementales, y compris la proximité des émissaires d'évacuation et l'utilisation récréative. Des échantillons sont prélevés afin de déterminer la qualité bactériologique de l'eau. Les résultats des analyses bactériologiques sont évalués en fonction des Recommandations pour la qualité de l'eau potable au Canada. Lorsqu'il est nécessaire de protéger la santé du public, les médecins hygiénistes régionaux

Advisories regarding blue green algae blooms were issued in three lakes in 2009-10.

	2008-09	2009-10
Recreational swimming areas		
Number of sites monitored	407	576
Number of beaches closed	5	4

Environmental Health and Community Sanitation

On-Site Sewage Disposal System Applications and Assessments

Properties that do not have access to municipal services require an on-site sewage disposal system which consists of a septic tank and a disposal field. Public health inspectors assess applications to install on-site sewage disposal systems to ensure the proposed systems will not contaminate groundwater resources or cause nuisances. The design and location of the system and soil conditions of the property are evaluated to determine if sewage can be effectively treated to prevent the spread of communicable diseases.

Individuals installing on-site sewage disposal systems for others must be licensed by the department. Courses are offered by public health inspectors to train individuals on the regulatory requirements, technical specifications and proper installation of on-site sewage disposal systems. In 2009-10, 499 individuals were trained and licensed to install systems under the *Public Health Act*.

	2008-09	2009-10
On-Site Sewage Disposal System		
Application Assessments	2,647	2,411
Inspections	2,586	2,086

Subdivision Assessments

Individuals or companies wishing to subdivide land make an application to the appropriate planning authority. Should the land being subdivided require on site sewage disposal, the planning authority requires the Department of Health to assess the land and make recommendation with respect to suitability for on-site sewage disposal. Public health inspectors conduct the assessments to ensure the land meets the requirements of the *Health Act* which include size, dimension, soil quality and proximity of the land to lakes, streams or other bodies of water.

	2008-09	2009-10
Subdivision Assessments	752	661

Air Quality

Public health inspectors provide assessments and advice related to indoor air quality and housing on a complaint basis. Complaints are investigated with referral to appropriate agencies such as the Office of the Rentalsman.

peuvent poser une enseigne indiquant qu'un secteur n'est pas sécuritaire pour la baignade. En 2009-2010, on a émis des avis de sécurité pour trois lacs concernant la prolifération des algues bleu-vert.

	2008-2009	2009-2010
Lieux de natation		
Nombre de sites surveillés	407	576
Nombre de plages fermées	5	4

Écosalubrité et salubrité communautaire

Demandes de systèmes autonomes d'évacuation des eaux usées et évaluations

Les biens-fonds non reliés aux services municipaux doivent être dotés d'un système autonome d'évacuation des eaux usées qui comprend une fosse septique et un champ d'épuration. Les inspecteurs de la Santé publique évaluent les demandes d'installation de tels systèmes afin de s'assurer que les systèmes proposés ne contamineront pas les ressources en eau souterraine ou ne créeront pas de nuisances. La conception et l'emplacement du système, et les conditions du sol sont évalués pour déterminer s'il est possible de traiter les eaux usées efficacement afin d'éviter la propagation de maladies transmissibles.

Les particuliers qui installent des systèmes autonomes d'évacuation des eaux usées pour d'autres propriétaires doivent être titulaires d'un permis du ministère. Les inspecteurs de la Santé publique offrent aux particuliers des cours sur les normes réglementaires, les devis techniques et l'installation des systèmes autonomes d'évacuation des eaux usées. En 2009-2010, 499 personnes ont suivi les cours et ont obtenu un permis d'installation des systèmes en vertu de la *Loi sur la santé publique*.

	2008-2009	2009-2010
Système autonome d'évacuation des eaux usées sur place		
Évaluation des demandes	2 647	2 411
Inspections	2 586	2 086

Évaluation des lotissements

Les particuliers ou les entreprises qui désirent lotir un terrain présentent une demande à l'autorité d'urbanisme responsable. Si le terrain devant être loti doit être muni d'un système autonome d'évacuation des eaux usées, l'autorité d'urbanisme demande au ministère de la Santé d'évaluer le terrain et de formuler une recommandation indiquant si le terrain convient ou non à l'installation d'un système autonome d'évacuation des eaux usées. Les inspecteurs de la Santé publique effectuent les évaluations afin de s'assurer que le terrain répond aux dispositions de la *Loi sur la santé*, notamment la taille, la dimension, la qualité du sol et la proximité du terrain des lacs, ruisseaux ou autres cours d'eau.

	2008-2009	2009-2010
Évaluation des lotissements	752	661

Qualité de l'air

Les inspecteurs de la Santé publique effectuent des évaluations et offrent des conseils sur la qualité de l'air intérieur et sur les logements lorsqu'ils reçoivent des plaintes. Les plaintes sont étudiées et transmises aux organismes responsables, comme le Bureau du médiateur des loyers.

	2008-09	2009-10
Indoor air quality investigations	299	223
Housing complaint investigations	*1,552	372

*The significant increase in housing inspections in 2008 were related to the major spring flooding event that impacted many businesses and residences in New Brunswick. As part of a five member team of inspectors, public health inspectors visited businesses and residences that were impacted by the flood to assess for health risks.

Institutional Health

The department provides recommendations for licensing to the Department of Social Development for daycare and special care facilities. These recommendations are based on annual inspections conducted by public health inspectors who monitor compliance with standards established for the inspection of such facilities.

In 2009-10, Public Health Inspectors conducted 970 institutional inspections.

	2008-09	2009-10
Special Care Home inspections	567	467
Daycare inspections	576	503

Smoke-free Places Act

The department manages a toll-free number for individuals to call if they wish to report suspected violations of the *Smoke-free Places Act* which restricts smoking in public places and workplaces. Callers to the toll-free number are asked to provide basic information regarding their complaint and suspected violation of the *Act*. Public health inspectors respond to the complaint by inspecting and investigating violations, issuing orders and where necessary laying charges under the *Act*.

	2008-09	2009-10
Complaints investigated	14	7

Additionally, on January 1, 2010 an amendment to the Act which prohibits smoking in vehicles with children under the age of 16 came into effect.

Promotion of Healthy Lifestyles/Healthy Families

Early Childhood Initiatives (ECI)

Early childhood initiatives are a group of prevention-focused programs offering a variety of services that foster the health and development of young children from conception to school entry. Client participation is voluntary in all ECI component programs and individual clients participate for various lengths of time.

In January 2010, Government accepted proposed changes to the Early Childhood Initiatives to be undertaken as part of the redesign process jointly carried out by the Departments of Social Development and Health. Utilizing a phased approach, the new programs are expected to be implemented during fiscal years 2010-12.

	2008-2009	2009-2010
Enquêtes sur la qualité de l'air intérieur	299	223
Enquêtes sur des plaintes relatives au logement	*1 552	372

*La hausse substantielle des inspections de logement en 2008 était liée à la grande crue printanière qui a touché les nombreuses entreprises et les résidences au Nouveau-Brunswick. Dans le cadre d'une équipe d'inspecteurs composée de cinq membres, les inspecteurs de la Santé publique ont visité les entreprises et les résidences qui ont été touchées par des inondations afin d'évaluer les risques pour la santé.

Santé en établissement

Le ministère fournit au ministère du Développement social des recommandations sur la délivrance de permis de garderies et de foyers de soins spéciaux. Ces recommandations sont fondées sur les inspections annuelles effectuées par les inspecteurs de la Santé publique, qui surveillent la conformité aux normes établies pour l'inspection de tels établissements.

En 2009-2010, les inspecteurs de la Santé publique ont effectué 970 inspections d'établissements.

	2008-2009	2009-2010
Inspections de foyers de soins spéciaux	567	467
Inspections de garderiés	576	503

Loi sur les endroits sans fumée

Le ministère gère un numéro sans frais que peuvent utiliser les particuliers qui veulent signaler des infractions présumées à la *Loi sur les endroits sans fumée* qui interdit l'usage du tabac dans les endroits publics et les lieux de travail. Les personnes doivent fournir de l'information de base concernant leur plainte et la présumée infraction à la *Loi*. Les inspecteurs de la Santé publique donnent suite à la plainte par une inspection et une enquête, la délivrance d'ordres de conformité et, lorsqu'il y a lieu, des poursuites en vertu de la *Loi*.

	2008-2009	2009-2010
Plaintes ayant fait l'objet d'une enquête	14	7

De plus, le 1er janvier 2010, une modification de la Loi interdisant de fumer dans un véhicule en présence d'enfants âgés de moins de 16 ans est entrée en vigueur.

Promotion de modes de vie et de milieux familiaux sains

Initiatives pour la petite enfance (IPE)

Les Initiatives pour la petite enfance sont composées d'un groupe de programmes axés sur la prévention offrant divers services qui favorisent la santé et le développement de jeunes enfants, de la conception à la scolarisation. La participation du client à tous les programmes est volontaire et la durée de la participation peut varier.

En janvier 2010, le gouvernement a accepté les propositions de modifications des Initiatives pour la petite enfance dans le cadre du processus de restructuration mené conjointement par les ministères du Développement social et de la Santé. En utilisant une démarche graduelle, les nouveaux programmes devraient être mis en œuvre au cours des exercices 2010 à 2012.

The regional health authorities are responsible for delivering the health-related programs of ECI. The Department of Social Development is responsible for the social services options.

The goal of the ECI Prenatal Program is to promote healthy pregnancies so that infants will be born healthy. Expectant mothers eligible for the program are offered the services of a public health nurse and/or a nutritionist who tailor sessions to meet the individual client's needs. Clients who meet the financial criteria receive nutritional supplements. Referrals to additional services are done in collaboration with the client to address concerns that go beyond the program's scope.

During 2009-10, 1,142 clients participated in the ECI Prenatal Program. Public health nutritionists worked with the majority of the program's clients and provided milk and vitamin supplements to 88 per cent of the women receiving nutrition counseling. Public Health nurses concentrated on serving expectant mothers less than 20 years of age.

As part of the ECI Postnatal Program, public health nurses use the Public Health Priority Assessment (PHPA) tool to assess newborns in the days following birth. Although not all parents choose to participate in the program, 34 per cent of the 7,006 babies assessed met eligibility criteria. These results are consistent with those of previous years.

The PHPA uses a broad spectrum of weighted factors grouped within three main categories to determine risk of developmental delay.

A. Congenital problems and other health challenges such as Down's Syndrome, Cerebral Palsy, congenital heart defects, cleft lip and palate, or the loss of a limb;

B. Known developmental risk factors including complications of pregnancy or birth, use of drugs or alcohol during pregnancy, and family history of health challenges such as deafness;

C. Family interaction factors such as maternal age, family support, financial resources, mental illness in one or both parents, educational status, and history of family violence.

Chart 1 depicts the distribution of the PHPA newborn screening results within each of its categories. Because an infant may score in one or more categories and numbers are rounded up, the total percentage varies slightly from the previously noted information.
The ECI Postnatal Program focuses on fostering healthy growth and development of infants and children; enhancing parenting abilities; nurturing family resiliency; and increasing community capacity. Public Health postnatal services occur in a number of venues however the majority of visits take place in the client's home. Referrals to additional government and/or community services are completed in collaboration with the parent

Les régies régionales de la santé sont chargées de la prestation des composantes relatives à la santé du programme Initiatives pour la petite enfance. Le ministère du Développement social est chargé des volets de services sociaux.

L'objectif du programme prénatal Initiatives pour la petite enfance est d'encourager des grossesses en santé pour que les nourrissons naissent en santé. Les femmes enceintes admissibles au programme se voient offrir les services d'une infirmière ou d'une nutritionniste de la Santé publique qui adaptent les séances en vue de répondre aux besoins de chacune des clientes. Les clientes qui satisfont aux critères financiers reçoivent des suppléments nutritionnels. Toute préoccupation allant au-delà de la portée du programme sera acheminée à d'autres services avec la collaboration de la cliente.

Au cours de l'exercice 2009-2010, 1 142 femmes enceintes ont participé au programme prénatal des Initiatives pour la petite enfance. Les nutritionnistes de la Santé publique ont travaillé avec la majorité des clientes du programme et ont offert du lait et des suppléments vitaminiques à 88 pour cent des femmes recevant des conseils en nutrition. Les infirmières de la Santé publique ont concentré leurs services aux femmes enceintes âgées de moins de 20 ans.

Dans le cadre du programme postnatal des Initiatives pour la petite enfance, les infirmières de la Santé publique utilisent l'outil d'évaluation des priorités de la Santé publique (EPSP) pour évaluer les nouveau-nés pendant les jours suivant l'accouchement. Même si tous les parents ne choisissent pas de participer au programme, 34 pour cent des 7 006 bébés évalués répondaient aux critères d'admissibilité. Ces résultats sont conséquents avec ceux enregistrés au cours des années précédentes.

L'outil d'évaluation des priorités de la Santé publique (EPSP) tient compte d'une grande variété de facteurs pondérés faisant partie des trois catégories principales pour déterminer les risques de retard du développement.

A. des problèmes congénitaux et autres problèmes de santé tels que le syndrome de Down, l'infirmité motrice cérébrale, les anomalies cardiaques congénitales, le bec-de-lièvre et la fente palatine, la perte d'un membre;

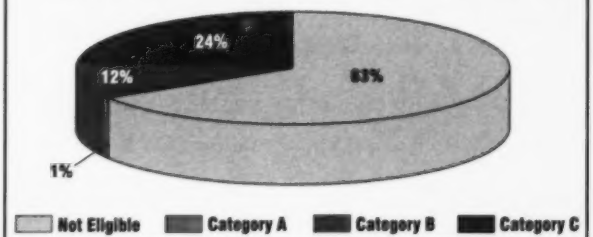
B. des facteurs de risque connus en matière de développement, y compris les complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, la consommation de drogues ou d'alcool durant la grossesse, des antécédents familiaux de problèmes de santé tels que la surdité;

C. des facteurs liés à l'interaction familiale qui comprennent l'âge de la mère, le soutien familial, les ressources financières, la maladie mentale de l'un des parents ou des deux, le niveau d'instruction, les antécédents de violence familiale.

Le graphique 1 illustre la répartition des résultats de l'examen des nouveau-nés à l'aide de l'évaluation des priorités de la Santé publique pour chacune de leur catégorie. Puisqu'un nourrisson peut être évalué dans une catégorie ou plus et que les chiffres sont arrondis, le total du pourcentage varie légèrement par rapport à l'information susmentionnée.
Le programme postnatal Initiatives pour la petite enfance vise à instaurer des conditions propices à la croissance et au développement en santé des nourrissons et des enfants en renforçant notamment les compétences parentales, la résilience familiale et les capacités communautaires. Les services postnataux de la Santé publique peuvent être offerts de diverses façons; cependant, la plupart des visites se font au domicile du client.

or care giver in response to a particular need of the child. Public Health nurses also work with parents and other service providers to facilitate transition to school for ECI clients.

Chart 1 - Distribution of Newborn PHPA Scores 2009-10



Data source: Client Service Delivery System (CSDS), June 2010 N=7,007

During the fiscal year, 5,413 infants and young children received postnatal services and 1,700 new clients were enrolled in the program. Public Health nurses completed 5,365 client home visits and 1,603 office visits. Public Health nutritionists saw 149 postnatal clients and distributed nutritional supplements to the 1,875 families who met eligibility criteria following the birth of a baby.

There were also referrals to other professionals and agencies for additional services including the ECI Social Development programs of early intervention, and integrated daycare. Public Health plays a role in supporting Child Protection Services, and public health nurses and child protection social workers worked collaboratively to deliver services to 1,097 children under the Child Protection/ECI joint service agreement.

3.5 Year Old Health Clinic

As part of the Early Childhood Initiatives complement of programs, services of the 3.5 Year Old Health Clinic are offered to all preschoolers. The child's growth and development is assessed during the clinic visit and healthy lifestyle practices such as nutrition, immunization and child safety are discussed. The Nipissing District Developmental Screen® offers an opportunity for parents to share their observations about their child's development and take home an age appropriate activities tear sheet. When needed and with parental consent, referrals for additional professional services are completed. The 3.5 Year Old Health Clinic provides the second universal screening opportunity for referral to the ECI program.

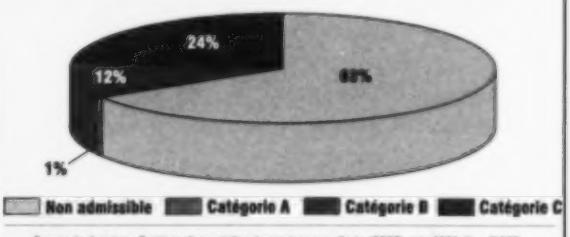
During 2009-10 public health nurses saw 5,179 children at the 3.5 Year Old Health Clinic. Of these children, 148 were referred to the ECI program and 21.5 per cent were referred for further vision, hearing or speech assessment.

The Baby-Friendly Initiative (BFI)

The Baby-Friendly Initiative is a special program of the World Health Organization (WHO) and United Nations

Les besoins particuliers d'un enfant peuvent être signalés à d'autres services gouvernementaux ou communautaires avec la collaboration du parent ou du tuteur. Les infirmières de la Santé publique collaborent aussi avec les parents et d'autres prestataires de services pour faciliter la transition à l'école des clientes des Initiatives pour la petite enfance.

Graphique 1 - Répartition des résultats de l'ÉPSP au cours de l'exercice financier 2009-2010



Source de données : Système de prestation de services aux clients (SPSC), juin 2006. N = 7 007

Durant l'exercice financier, 5 413 nourrissons et jeunes enfants ont reçu des services postnataux et 1 700 nouveaux clients ont été inscrits au programme. Les infirmières de la Santé publique ont effectué 5 365 visites aux clients à domicile, dont 1 603 visites au bureau. Les nutritionnistes de la Santé publique ont vu 149 clientes du programme postnatal et ils ont distribué des suppléments nutritionnels à 1 875 familles répondant aux critères d'admissibilité à la suite de l'accouchement d'un bébé.

Il y a aussi eu des aiguillages vers d'autres professionnels et organismes pour obtenir des services supplémentaires, y compris les programmes de développement social des Initiatives pour la petite enfance (IPE), notamment les programmes d'intervention précoce et de services de garde intégrés. La Santé publique joue un rôle important en assurant un soutien aux Services de protection de l'enfance. Les infirmières de la Santé publique et les travailleurs sociaux de la Protection à l'enfance ont travaillé ensemble pour offrir des services à 1 097 enfants dans le cadre de l'entente de services communs entre les Services de protection de l'enfance et le programme Initiatives pour la petite enfance.

Clinique d'hygiène pour les enfants âgés de trois ans et demi

Les services de la clinique d'hygiène pour les enfants âgés de trois ans et demi sont offerts à tous les enfants d'âge préscolaire dans le cadre des programmes complémentaires des Initiatives pour la petite enfance. Pendant la visite à la clinique, on évalue la croissance et le développement de l'enfant et on discute de modes de vie sains tels que la nutrition, l'alimentation et la sécurité de l'enfant. Le questionnaire de dépistage du district de Nipissing® offre aux parents une occasion de faire part de leurs observations sur le développement de leur enfant et de se procurer un feuillet d'activités en fonction de l'âge. Au besoin et avec le consentement des parents, les enfants sont aiguillés vers d'autres services professionnels. La Clinique d'hygiène pour les enfants de trois ans et demi constitue le deuxième programme universel d'évaluation et d'aiguillage vers le programme des Initiatives pour la petite enfance.

En 2009-2010, les infirmières de la Santé publique ont évalué 5 179 enfants à la clinique pour les enfants de trois ans et demi; elles ont aiguillé 148 enfants vers le programme Initiatives pour la petite enfance et 21,5 pour cent d'entre eux ont été orientés vers d'autres professionnels pour des évaluations supplémentaires de la vue, de l'ouïe et de la parole.

Initiative des amis des bébés (IAB)

L'Initiative des amis des bébés est un programme spécial de

Children's Fund (UNICEF) that promotes informed decision making about breastfeeding; fosters practices that support mothers in establishing successful breastfeeding; and protects breastfeeding from activities that undermine its success. Implementing BFI standards improves the quality of care to mothers and their infants through integration of evidence-based practices in hospitals and in community health services.

Provincially, the Baby Friendly Initiative is led by the Office of the Chief Medical Officer of Health. Work is done in collaboration with Hospital Services and in conjunction with the New Brunswick BFI Advisory Committee. A number of projects were undertaken to build upon activities and successes of past years. Efforts targeted supporting facilities in their progress towards BFI designation; building a knowledgeable work force of health professionals to assist breastfeeding mothers and infants; and developing educational and monitoring tools that promote consistent approaches across the province.

As depicted in Table A-8, provincial trends show a slight increase in babies being breastfed at birth. In 2009-10, 75 per cent of New Brunswick mothers initiated breastfeeding.
Although consistent gains are being made in the number of mothers who choose to breastfeed, indications are that few women meet the Health Canada recommendation to breastfeed exclusively for the first six months.

**Table A-8 Percent of New Brunswick Newborns Breastfed at Birth
April 1, 1998 to March 31, 2010**

Year	%
98-99	65
99-00	65
00-01	66
01-02	69
02-03	69
03-04	69
04-05	71
05-06	71
06-07	73
07-08	73
08-09	73
09-10	75

Data Sources: Obtained from PHPA recorded in HNIC prior to 1999, and subsequent years CSDS

Helping mothers maintain exclusive breastfeeding for the recommended period will permit them and their babies to benefit fully from the benefits associated with breastfeeding.

Healthy Eating

Public health nutritionists provided information on healthy eating using a wide range of activities and settings including public education, information to health professionals, community action groups and consultation services. Partnership building and collaboration are key components for achieving healthy eating objectives for the New Brunswick population. Partners include Community Action Program for Children/Canada Prenatal

l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) qui encourage une prise de décision éclairée sur l'allaitement, favorise les pratiques qui soutiennent les mères dans l'établissement d'un allaitement fructueux, et protège l'allaitement des activités qui entravent sa réussite. La mise en œuvre des normes de l'Initiative des amis des bébés améliore la qualité des soins aux mères et à leurs nourrissons en intégrant des pratiques fondées sur des données probantes dans les hôpitaux et les services de santé communautaires.

À l'échelle provinciale, l'Initiative des amis des bébés est dirigée par le Bureau du médecin hygiéniste en chef. La Santé publique dirige cette initiative en collaboration avec les services hospitaliers et avec le concours du Comité consultatif de l'Initiative des amis des bébés du Nouveau-Brunswick. Divers projets ont été entrepris pour tirer parti des activités et des succès réalisés ces dernières années. Les efforts ont été ciblés pour soutenir les installations dans leur progression vers la désignation Initiative des amis des bébés, créer un effectif de professionnels de la santé qui aident la mère qui allaite et son nourrisson, et mettre au point des outils éducatifs et de surveillance qui favorisent des approches uniformes dans toute la province.

Comme l'illustre le tableau A-8, la tendance provinciale affiche une légère progression du nombre de bébés qui sont allaités à la naissance. En 2009-2010, 75 pour cent des mères au Nouveau-Brunswick ont choisi l'allaitement naturel.
Bien que le nombre de mères qui choisissent l'allaitement connaisse une augmentation uniforme, certains éléments indiquent que peu de femmes respectent la recommandation de

Tableau A-8 Pourcentage de nouveau-nés du Nouveau-Brunswick nourris par allaitement maternel à la naissance du 1er avril 1998 au 31 mars 2010

Année	%
1998-1999	65
1999-2000	65
2000-2001	66
2001-2002	69
2002-2003	69
2003-2004	69
2004-2005	71
2005-2006	71
2006-2007	73
2007-2008	73
2008-2009	73
2009-2010	75

Sources de données : Tiré de l'évaluation des priorités de la Santé publique enregistrée dans HNIC avant 1999, et du Système de prestation de services aux clients au cours des années suivantes.

Santé Canada relative à un allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois. En aidant les mères à assurer un allaitement exclusif pendant la période recommandée, on leur permettra, à elles et à leurs bébés, de bénéficier pleinement des avantages liés à l'allaitement.

Alimentation saine

Les nutritionnistes de la Santé publique ont fourni de l'information sur les habitudes alimentaires saines à l'aide d'un vaste éventail d'activités et de milieux, notamment la sensibilisation du public, l'information aux professionnels de la santé, les groupes d'action communautaires et les services de consultation. L'établissement de partenariats et d'entente de collaboration constitue un élément essentiel à la réalisation des objectifs d'une alimentation saine

Nutrition Program (CAPC/CPNP), the Department of Social Development (Prenatal Benefit Program), Department of Education, Provincial Baby Friendly Initiative (BFI) Advisory Committee, Healthy Eating and Physical Activity Coalition of New Brunswick (HEPAC) and the Department of Wellness, Culture and Sport. Collaboration with other provinces and territories to promote healthy eating and physical activity is also happening through different channels.

Public health nutritionists provided support to the Healthy Learners in School Program as well as the Vegetable and Fruit Grants Program to promote the consumption of vegetables and fruits to students in New Brunswick public schools. Public health nutritionists also provided support to the Department of Education's Policy 711 – Healthier Foods and Nutrition in Public Schools helping schools and school districts implement the policy. Public health nutritionists promoted the use of Canada's Food Guide which is an important tool for promoting wellness and preventing chronic disease amongst New Brunswickers.

The Department of Health supports two programs addressing medically based nutritional supplementation. The Specialized Infant Formula Program provides hydrolyzed infant formulas for formula fed infants demonstrating a medical need for a formula designed to treat cow's milk protein allergy. There were 498 admissions to this program during the fiscal year. The Tube and Supplemental Feeding Program provides specialized nutritional products to children and youth up to the age of 19 with medical conditions requiring a specialized nutritional product to enable them to meet per cent or more of their energy and nutritional needs. Seventy (70) children and youth benefited from this program.

Dental Health

In collaboration with the school districts, Public Health has been offering a preventative dental Fluoride Mouthrinse Program to elementary schools across New Brunswick since 1979. Fluoride mouth rinse is an effective measure to prevent tooth decay as it helps strength the tooth enamel. The Mouthrinse Program is a voluntary program that requires parental consent and it is conducted on a weekly basis to students in Grades 1 to 5

Healthy Learners in School Program

The Healthy Learners in School Program was jointly developed by the Departments of Health and Education to foster health promotion and prevention initiatives for improved student health, wellness and learning. Regional health authorities have responsibility for delivering the program within the school setting.

The program originally targeted kindergarten to grade 5 students but was expanded to include grade 6-8 students in some schools and students at the high school level in four school districts. Public health nurses work with District or School Health Committees to identify health priorities, develop comprehensive action plans and implement strategies to encourage healthy lifestyles and supportive, healthy school environments.

In 2009-10, a wide range of activities and services took place in school communities addressing issues such as healthy eating, physical activity, tobacco prevention, sexual health, emotional well-being and injury prevention.

pour la population du Nouveau-Brunswick. Les partenaires suivants participent à ces initiatives : Programme d'action communautaire pour les enfants et Programme canadien de nutrition prénatale (PACE/PCNP), Programme de prestations prénatales du ministère du Développement social, ministère de l'Éducation, Comité consultatif de l'Initiative des amis des bébés, Coalition pour une alimentation saine et l'activité physique (CASAP) et ministère du Mieux-être, de la Culture et du Sport. La collaboration avec les autres provinces pour promouvoir une alimentation saine et l'activité physique est également assurée par l'entremise d'autres réseaux.

Les nutritionnistes de la Santé publique ont fourni de l'aide au programme Apprenants en santé à l'école ainsi qu'au programme de subventions pour fruits et légumes visant à encourager les élèves des écoles publiques du Nouveau-Brunswick à consommer des fruits et des légumes. Les nutritionnistes de la Santé publique ont aussi apporté leur soutien à la politique 711 du ministère de l'Éducation sur la nutrition et l'amélioration de l'alimentation en milieu scolaire, et ils ont aidé les écoles et les districts scolaires à la mettre en œuvre la politique. Les nutritionnistes de la Santé publique ont encouragé l'utilisation du Guide alimentaire canadien, un outil important de promotion du bien-être et de prévention des maladies chroniques chez les Néo-Brunswickois.

Le ministère de la Santé soutien deux programmes traitant des suppléments alimentaires médicaux. Le Programme relatif aux préparations lactées spéciales pour nourrissons fournit des laits maternisés hydrolysés aux nourrissons démontrant un besoin médical en matière de préparations lactées visant à traiter l'allergie aux protéines que contient le lait de vache. Ce programme a compté 498 admissions pendant l'exercice financier. Le Programme d'alimentation par sonde et de supplémentation alimentaire fournit des produits nutritionnels spécialisés aux enfants et aux adolescents jusqu'à 19 ans dont l'état de santé nécessite un produit nutritionnel spécialisé afin de leur permettre de répondre à 50 pour cent ou plus de leurs besoins énergétiques et nutritionnels. Soixante-dix (70) enfants et adolescents ont bénéficié de ce programme.

Hygiène dentaire

En collaboration avec les districts scolaires, la Santé publique offre un programme de rinçage buccal au fluorure aux écoles élémentaires de la province du Nouveau-Brunswick depuis 1979. Le rinçage buccal au fluorure est une mesure efficace pour prévenir les caries dentaires et renforcer l'émail des dents. Il s'agit d'un programme volontaire qui exige le consentement des parents et qui est organisé une fois par semaine pour les élèves de la 1re à la 5e année.

Programme Apprenants en santé à l'école

Le programme Apprenants en santé à l'école a été élaboré conjointement par les ministères de la Santé et de l'Éducation afin d'encourager les initiatives de promotion et de prévention de la santé en vue d'améliorer la santé, le bien-être et l'apprentissage des élèves. Les régies régionales de la santé sont responsables de l'exécution du programme en milieu scolaire.

Au départ, le programme ciblait les enfants de la maternelle à la 5e année, mais il a été étendu afin d'inclure des élèves de la 6e à la 8e année dans certaines écoles et du niveau secondaire dans quatre districts scolaires. Les infirmières de la Santé publique travaillent avec des comités de la santé des districts ou des écoles pour déterminer les priorités en matière de santé, élaborer des plans d'action exhaustifs et mettre en œuvre des stratégies visant à encourager des modes de vie sains et des milieux scolaires solidaires et sains.

En 2009-2010, un vaste éventail d'activités et de services ont été déployés dans les collectivités scolaires pour traiter les questions telles qu'une alimentation saine, l'activité physique, la lutte contre

Public health nurses also contributed to the Roots of Empathy program delivered in a number of schools across the province.

Injury / Disease Prevention Initiatives

Tobacco

Figures obtained from the Canadian Tobacco Use Monitoring Survey, indicate that New Brunswick had a significant increase in the average cigarettes smoked per day in 2007 (17 per cent) from 2006 (15 per cent). Although this figure rose to 17 per cent in 2007, it decreased back to 15 per cent in 2008.

Tobacco control initiatives continue to be a key component to improve population health. In October, 2004, the province implemented the provincial *Smoke-free Places Act*. The legislation includes a complete ban on smoking in all enclosed public places and indoor workplaces in the province, with the exception of group living facilities and tourist accommodation facilities which can designate smoking rooms.

The *Act* is enforced through a coordinated approach between Public Health, the Department of Public Safety, and the Workplace Health, Safety and Compensation Commission. A toll-free information line also provided a single entry point for people to report violations of the *Act*. Since the introduction of the *Act*, the number of complaints has declined from a total of 156 complaints in the first six months of fiscal 2004-05 to nine for the entire 2009-10 fiscal year.

In January, 2010, the *Smoke Free Places Act* was amended to include new legislation that prohibits smoking in vehicles with children under the age of 16.

Complaints under the *Smoke Free Places Act*

DEPARTMENT	April – March 2007-08	April – March 2008-09	April – March 2009-10
Public Health	20 (77%)	14 (64%)	7 (78%)
Public Safety	2 (8%)	2 (9%)	1 (11%)
WHSCC	4 (15%)	6 (27%)	1(11%)
Total complaints	**26**	**22**	**9**

The *Tobacco Sales Act* regulates how and to whom tobacco products are sold. Compliance checks and decoy buys (enforcement checks) continue to be carried out to ensure tobacco products are not sold to anyone under age 19. In January, 2009, the *Tobacco Sales Act* was amended to prohibit the use of tobacco power walls. Inspection results show good compliance with this change in legislation.

In 2009-10 inspectors reported a total of 1,888 administrative/enforcement checks and recorded a combined compliance rate of 93.2 per cent. This is up from 90.5 per cent reported in 2008-09.

As a result of information provided to the Department of Finance, during the past year, 10 tobacco retailers have

le tabagisme, la santé sexuelle, le bien-être émotionnel et la prévention des blessures. Les infirmières de la Santé publique ont également contribué au programme « Roots of Empathy » mis en place dans plusieurs écoles de la province.

Initiatives relatives à la prévention des blessures et des maladies

Tabac

Les chiffres obtenus à l'issue de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada indiquent que le Nouveau-Brunswick a enregistré une hausse substantielle de la moyenne de cigarettes fumées par jour en 2007 (17 pour cent) par rapport à 2006 (15 pour cent). Même si ce chiffre est monté à 17 pour cent en 2007, il est redescendu à 15 pour cent en 2008.

Les mesures de lutte contre le tabagisme demeurent un volet clé pour améliorer la santé de la population. En octobre 2004, le gouvernement provincial a mis en œuvre la *Loi sur les endroits sans fumée*. La *Loi* comprend une interdiction complète de fumer dans les endroits publics fermés et dans les lieux de travail intérieurs dans la province, à l'exception des établissements où les gens vivent en groupe et des établissements d'hébergement touristiques qui peuvent désigner des chambres fumeurs.

La *Loi* est appliquée à l'aide d'une approche coordonnée entre la Santé publique, le ministère de la Sécurité publique et la Commission de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation des accidents au travail. Une ligne d'information sans frais offre aussi un point d'entrée unique que les gens peuvent utiliser pour signaler des infractions à la *Loi*. Depuis l'adoption de la *Loi*, le nombre de plaintes a diminué; il est passé de 156 plaintes au cours des six premiers mois de l'exercice 2004-2005 à neuf plaintes pour la totalité de l'exercice 2009-2010.

En janvier 2010, la *Loi sur les endroits sans fumée* a été modifiée pour inclure une nouvelle législation qui interdit de fumer dans un véhicule en présence d'un enfant âgé de moins de 16 ans.

Plaintes en vertu de la *Loi sur les endroits sans fumée*

MINISTÈRE	Avril à mars 2007-2008	Avril à mars 2008-2009	Avril à mars 2009-2010
Santé publique	20 (77%)	14 (64%)	7 (78%)
Sécurité publique	2 (8%)	2 (9%)	1 (11%)
CSSIAT	4 (15%)	6 (27%)	1 (11%)
Total de plaintes	**26**	**22**	**9**

La *Loi sur les ventes de tabac* réglemente la méthode de vente et détermine à qui peuvent être vendus les produits du tabac. Des vérifications de conformité et des achats leurres (vérifications de l'application) continuent d'être menées pour s'assurer que les produits du tabac ne sont pas vendus aux jeunes âgés de moins de 19 ans. En janvier 2009, la *Loi sur les ventes de tabac* a été modifiée pour interdire l'utilisation d'étalages muraux à grande visibilité pour faire la publicité du tabac. Les résultats d'inspection indiquent une bonne conformité avec cette modification de la *Loi*.

En 2009-2010, les inspecteurs ont déclaré au total 1 888 contrôles administratifs et d'application et ils ont enregistré un taux de conformité global de 93,2 pour cent. Ce taux représente une hausse par rapport aux 90,5 pour cent enregistrés en 2008-2009.

En conséquence de l'information fournie au ministère des Finances, au cours de l'année dernière, 10 vendeurs de tabac se sont vus

had their tobacco license suspended for a period of 30 days.

Mental Health Prevention/Promotion Initiatives

Several programs that are managed and/or supported by the Addiction, Mental Health and Primary Health Care Services Division have a focus on prevention and promotion activities. These include activity centres that are located throughout the province and run by, and for, persons living with mental illness. These centres engage in a variety of activities, according to local needs and interests, and promote community integration by providing social, vocational, recreational and advocacy activities. They help people become more independent of formal services by means of peer support, education, and mutual self-help. During the 2009-10 fiscal year, the activity centres received 1,717 distinct attendees, which represent a two per cent increase in the number of individual attendees from the previous fiscal year. In addition, there are two Clubhouses, one in Saint John and one in Fredericton, where mental health consumers work in partnership with professionals to provide meaningful, structured, pre-vocational and vocational activities.

The prevention and promotion component also includes a Critical Incident Stress Response Program, which is intended to help alleviate stress trauma due to a tragic occurrence. In 2009-10, regionally based Critical Incident Stress Management (CISM) teams were called upon to provide services to 358 individuals. Emergency services personnel were also involved in 69 debriefing sessions (27 debriefing, 11 defusing, 15 meetings and 16 in-service education) related to various traumatic incidents; the majority of calls were for defusing or debriefing being related to motor vehicle accidents, drowning and death of a child.

Another initiative is the Suicide Prevention Program. The program's main components are prevention, intervention, and post-vention. Community Suicide Prevention Committees are strategically located throughout the province in fourteen communities, with representatives from various government departments, non-profit, and private agencies. The goals of these regional committees include education, and the promotion of resiliency and well-being of the population, which are achieved through a better understanding of the complexity of suicide. The committees interact with their communities by encouraging participation in local initiatives, strengthening links between partners and building on local resources. They also provide advice to the department with regard to broader initiatives.

In 2009-10, activities related to suicide prevention included:

- Public education and awareness initiatives to coincide with the annual suicide prevention awareness month (February);
- Annual general meeting of the 14 regional Community Suicide Prevention Committees (September);
- Life promotion activities, i.e. educational workshops, and general awareness sessions delivered in communities, schools, etc;

suspendre leur autorisation d'exploiter un débit de tabac pendant une période de 30 jours.

Initiatives de prévention et de promotion en santé mentale

Plusieurs programmes gérés ou appuyés par la Division des services de traitement des dépendances, de santé mentale et de soins de santé primaires sont axés sur les activités de prévention et de promotion. Ceux-ci comprennent des centres d'activités situés dans toute la province et dirigés par et pour des personnes atteintes d'une maladie mentale. Ces centres sont engagés dans différentes activités, en fonction des besoins et des intérêts locaux, et ils favorisent l'intégration communautaire en offrant des activités sociales, professionnelles, récréatives et de défense. Ils aident les gens à devenir plus autonomes vis-à-vis des services officiels en leur offrant un soutien par les pairs, de l'information et de l'entraide. Au cours de l'exercice 2009-2010, les centres d'activités ont reçu 1 717 participants distincts, ce qui représente une augmentation de deux pour cent par rapport à l'exercice financier précédent. De plus, il y a deux clubs, un à Saint John et un à Fredericton, où les clients de la santé mentale travaillent en partenariat avec des professionnels pour offrir des activités professionnelles et pré-professionnelles structurées et valables.

Le volet de la prévention et de la promotion comprend aussi un programme de gestion du stress en cas d'incident critique ayant pour but d'atténuer le stress traumatique lors d'un événement tragique. En 2009-2010, des équipes régionales de gestion du stress en cas d'incident critique (GSIC) ont fourni des services à 358 personnes. Le personnel des services d'urgence a participé à 69 séances de bilan (27 comptes rendus, 11 désamorçages, 15 réunions et 16 séances de formation en cours d'emploi) sur divers incidents traumatiques; la majorité des appels concernaient un désamorçage ou un bilan lié à des accidents impliquant des véhicules à moteur, à une noyade et au décès d'un enfant.

Le Programme de prévention du suicide est une autre initiative. Il comprend les volets suivants : la prévention, l'intervention et la postvention. Les comités communautaires de prévention du suicide sont situés de façon stratégique dans toute la province dans quatorze collectivités, avec des représentants issus de différents ministères gouvernementaux, d'organisations sans but lucratif, et d'organismes privés. Les objectifs de ces comités régionaux comprennent l'information et la promotion de la résilience et du bien-être de la population, qui sont accomplies grâce à une meilleure compréhension de la complexité du suicide. Les comités communiquent avec leurs collectivités en encourageant la participation aux initiatives locales, en renforçant les liens entre les partenaires et en tirant parti des ressources locales. Ils donnent aussi des conseils au ministère en ce qui concerne les initiatives de plus grande envergure.

En 2009-2010, les activités liées à la prévention du suicide étaient les suivantes :

- des initiatives d'information et de sensibilisation du public coïncidant avec le mois de la sensibilisation à la prévention du suicide (février);
- une réunion générale annuelle des 14 comités communautaires de prévention du suicide (septembre);
- des activités de promotion de la vie, c'est-à-dire des ateliers éducatifs, ainsi que des séances de sensibilisation générale offertes dans les collectivités, les écoles, etc. ;

- Training for suicide prevention and intervention, and suicide awareness initiatives for all professionals and the general public. Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST) is a hands-on, practice-oriented suicide intervention training for caregivers and professionals. It was delivered 52 times to a total of 1,085 participants throughout the province. Safe Talk helps persons over the age of 15 who have thoughts of suicide by connecting them to resources; 14 sessions had a total of 220 participants;
- Suicide awareness presentations and activities in schools and communities at large were coordinated by Regional Community Suicide Prevention Committees;
- A First Nations Task Force on suicide prevention continued working to identify and meet the needs of New Brunswick's First Nation population.

- une formation relative à la prévention du suicide et aux techniques d'intervention face au suicide, ainsi que des initiatives de sensibilisation au suicide à l'intention du grand public et de tous les professionnels. La formation appliquée en techniques d'intervention face au suicide (ASIST) est une formation pragmatique et pratique en techniques d'intervention face au suicide destinée aux prestataires de soins et aux professionnels. Elle a été offerte 52 fois à 1 085 participants au total dans l'ensemble de la province. La formation Safe Talk aide les personnes de plus de 15 ans qui ont des pensées suicidaires en leur permettant d'accéder à des ressources; les 14 séances comptaient au total 220 participants;
- les présentations et activités de sensibilisation au suicide dans les écoles et les collectivités en général ont été coordonnées par les comités communautaires régionaux de prévention du suicide;
- un groupe de travail des Premières Nations sur la prévention du suicide a continué à travailler pour déterminer les besoins de la population des Premières Nations du Nouveau-Brunswick et de répondre à ces besoins.

CORE BUSINESS AREA: PROVISION OF CARE

Ambulance Services

The department is responsible to plan, fund, monitor, set standards and provide medical direction for ambulance services. These responsibilities fall within the mandate of a new branch within the department, Health Emergency Management Services. The branch is responsible for managing the contract with a single company to operate ambulance services.

The single-operator, integrated, high performance, province-wide ambulance services system continued to focus on the following in 2009-10:

- management of a performance based contract between ANB and NB EMS to operate the provincial ambulance system
- engagement of regional medical oversight physicians to support the provincial medical director in overseeing the clinical and patient care aspects of the ambulance system
- enhancement of paramedic training and state-of-the-art equipment
- addition of on site hours and
- integration of the technologically upgraded air and land dispatch systems

Land Ambulance

Ambulance New Brunswick (ANB), a company established under Part III of the provincial Public Service, is responsible for the delivery of ambulance services. ANB has entered into an agreement with New Brunswick EMS Inc. for the on-going, day-to-day management of the system.

Ambulance New Brunswick employs approximately 900 clinical personnel who provide patient care. Currently the system operates with these personnel as well as 134 ambulances in 65 stations and four Clinical Support Vehicles.

Ambulances are deployed in response to calls placed over the New Brunswick 9-1-1 system and to transport patients between health care facilities. The total call volume for both 9-1-1 response and inter-hospital transfers increased steadily over the preceding five years; however, in 2009-10 a total of 93,062 calls were performed, representing a decrease of approximately 15,000 calls from the previous year.

Central Dispatch System

A centralized ambulance dispatch system, Medical Communication Management Centre (MCMC), based in Moncton, dispatches all ambulances throughout New Brunswick. The Medical Communication Management Centre is a highly advanced dispatch center capable of providing rapid triaging and coordinated dispatching of ambulances across New Brunswick. Through the use of integrated digital mapping coupled with the enhanced capabilities of the 9-1-1 system, dispatchers are now able to know precisely where the caller is calling from when

SECTEUR D'ACTIVITÉ PRINCIPAL : PRESTATION DE SOINS

Services d'ambulance

Le ministère est chargé de planifier, de financer et de surveiller les services d'ambulance. Il doit aussi veiller à donner une orientation médicale à ces services et à établir des normes. Ces responsabilités s'inscrivent dans le mandat d'une nouvelle direction au sein du ministère, les Services de gestion des interventions d'urgence. La direction est chargée de gérer le contrat comportant une seule entreprise qui dirige les services d'ambulance.

Le système d'ambulance provincial intégré et de haut rendement dirigé par un exploitant est resté le point de mire pour les mesures suivantes en 2009-2010 :

- gestion d'un contrat axé sur le rendement entre Ambulance Nouveau-Brunswick (ANB) et Services médicaux d'urgence du Nouveau-Brunswick (SMU NB) concernant l'exploitation du système d'ambulance provincial;
- embauche de médecins de surveillance médicale régionale pour appuyer le directeur médical provincial chargé de surveiller les aspects de soins cliniques et des soins aux patients du système d'ambulance;
- amélioration de la formation des travailleurs paramédicaux et achat de matériel à la fine pointe de la technologie;
- ajout d'un nombre d'heures sur place;
- intégration des systèmes de répartition des ambulances aériennes et terrestres améliorés sur le plan technique.

Ambulance terrestre

Ambulance Nouveau-Brunswick (ANB), une société constituée en vertu de la partie III des services publics provinciaux, est chargée de la prestation de services d'ambulance. Ambulance Nouveau-Brunswick a conclu une entente avec les Services médicaux d'urgence du Nouveau-Brunswick (SMU NB) pour la gestion quotidienne permanente du système.

Ambulance Nouveau-Brunswick emploie environ 900 membres du personnel clinique qui prodiguent des soins aux patients. À l'heure actuelle, le système fonctionne avec cet effectif ainsi qu'avec 134 ambulances, réparties dans 65 postes d'ambulance, et quatre véhicules de soutien clinique.

Les ambulances sont réparties en réponse aux appels effectués au service 911 du Nouveau-Brunswick et transportent également des patients entre les établissements de soins de santé. Le nombre total d'appels pour les interventions du 911 et de transferts entre les hôpitaux a augmenté constamment au cours des cinq dernières années. Cependant, en 2009-2010, la société a reçu 93 062 appels au total, ce qui représente une diminution d'environ 15 000 appels par rapport à l'année précédente.

Système central de répartition

Un système centralisé de répartition des ambulances connu sous le nom de Centre de gestion des communications médicales (CGCM), situé à Moncton, s'occupe de la répartition de tous les services d'ambulance pour l'ensemble du Nouveau-Brunswick. Le Centre de gestion des communications médicales est un centre de répartition extrêmement avancé pouvant offrir un service de répartition coordonné et de tri rapide des ambulances dans l'ensemble du Nouveau-Brunswick. Grâce à l'utilisation de la cartographie numérique intégrée, conjuguée avec les capacités améliorées du système 911, les répartiteurs peuvent maintenant

using a land-line, and are better able to utilize the closest vehicle to respond to an emergency.

Utilizing a Computer Aided Dispatching (CAD) system and a triaging software, 9-1-1 calls are processed and dispatched to ambulances within 90 seconds.

Air Ambulance Service

The Air Ambulance Service is designed to achieve four key goals:

1) to augment land ambulance inter-facility transports
2) to perform intra-provincial and inter-provincial critical care transports
3) to return patients from inter-provincial services; and
4) to negate the necessity of relying on external air carriers to perform these functions

The Air Ambulance Service also provides a critical care neo-natal transportation program for babies in need of urgent transportation.

Ambulance Procurement

On an annual basis, between 20 and 25 per cent of the land ambulance fleet Is replaced. This is done through an agreement with Malley Industries Inc. Additionally, a Research and Development Agreement with Malley Industries Inc. was reached in 2008-09, to fund research and development of potential improvements to ambulance vehicles.

During 2009-10, research and development was conducted to study the impact of electrical loads applied to the ambulances with the enhancements of equipment such as the driver monitoring devices, Automatic Vehicle Locator, laptop computers and portable radio chargers. This has contributed to the decision to equip new ambulances with LED lighting and flashing lights. Other changes also implemented include recessed oxygen outlets and ventilated auxiliary battery boxes.

Quality Assurance

The Quality Assurance (QA) Unit is responsible for ensuring that Ambulance New Brunswick complies with the Act, Regulations and Standards. This unit is also charged with the responsibility of monitoring and working with ANB and NB EMS Inc. to ensure compliance with their contractually required performance targets.

The inspection process conducted by the Quality Assurance Unit is designed to ensure the ambulance and all durable and disposable medical equipment comply with the Standards for Ambulance Services in New Brunswick. The Quality Assurance Unit has implemented a random inspection process of in-service ambulances which are completed un-announced at hospitals or roadside locations; in 2009-10, the Quality Assurance Unit implemented an inspection program for the Clinical Support Unit vehicles.

savoir exactement à partir de quel endroit l'appelant appelle lorsqu'il utilise une ligne terrestre, et peuvent également mieux utiliser le véhicule le plus près pour répondre à une urgence.

Grâce à un système de répartition assistée par ordinateur et à un logiciel de tri, les appels du service 911 sont traités et acheminés aux ambulances en moins de 90 secondes.

Service d'ambulance aérienne

Le service d'ambulance aérienne vise les quatre principaux objectifs suivants :

1) accroître le transport terrestre entre les établissements;
2) assurer le transport intraprovincial et interprovincial des patients en phase critique;
3) transporter les patients ayant reçu des services interprovinciaux;
4) supprimer le besoin de compter sur des transporteurs aériens externes pour exécuter ces fonctions.

Le Service d'ambulance aérienne fournit aussi un programme de transport d'urgence des nouveau-nés ayant besoin de soins critiques.

Achat d'ambulances

Chaque année, de 20 à 25 pour cent du parc de véhicules sont remplacés. Ces remplacements sont effectués grâce à une entente conclue avec Malley Industries Inc. De plus, la société a conclu une entente de recherche et de développement avec Malley Industries Inc. en 2008-2009 pour financer la recherche et le développement des améliorations potentielles des ambulances.

Pendant l'exercice 2009-2010, des activités de recherche et de développement ont été menées pour étudier les répercussions des charges électriques appliquées aux ambulances avec les améliorations des biens d'équipement tels que les dispositifs de surveillance des conducteurs, les systèmes de localisation automatique des véhicules, les ordinateurs portatifs et les chargeurs radio portatifs. Ces activités ont contribué à la décision de munir les nouvelles ambulances de lampes LED et de feux clignotants. D'autres changements mis en œuvre également comprennent l'encastrement de prises d'oxygène et la ventilation des compartiments de batteries auxiliaires.

Assurance de la qualité

L'Unité de contrôle de la qualité, ou d'assurance de la qualité, (AQ) est chargée de s'assurer qu'Ambulance Nouveau-Brunswick respecte toutes les exigences de la Loi, des règlements et des normes. L'Unité est aussi chargée de surveiller Ambulance Nouveau-Brunswick (ANB) et Services médicaux d'urgence du Nouveau-Brunswick (SMU NB) et de travailler avec eux pour s'assurer qu'ils respectent leurs objectifs de rendement stipulés dans leur contrat.

L'inspection menée par l'Unité de contrôle de la qualité vise à assurer que l'ambulance et le matériel médical durable et jetable sont conformes aux Normes des Services d'ambulance du Nouveau-Brunswick. L'Unité de contrôle de la qualité a mis en œuvre un processus d'inspection aléatoire réalisé sans préavis des ambulances internes dans des hôpitaux ou des emplacements en bordure de route. En 2009-2010, l'Unité a mis en œuvre un programme d'inspection pour les véhicules de l'Unité de soutien clinique.

The Quality Assurance Unit, working with the Medical Direction structure, perform random audits respecting patient care to ensure protocol compliancy. An administrative inspection is conducted to review compliance with operational policies, paramedic recertification of advanced life support skills, vehicle maintenance, quality assurance reporting etc. All non-compliant issues identified during initial annual inspections are monitored for corrective action through additional follow up inspections.

The Quality Assurance Unit has worked with NB EMS Inc. to develop a facility inspection program to ensure safe, adequate and consistent condition of all ambulance stations. The program follows a process similar to ambulance inspection, with compliance time periods granted and follow-up inspections conducted.

Inspections conducted in 2009-10:

New Ambulance Inspections	37
Annual Ambulance Inspections	128
Random Ambulance Inspections	88
Follow-up Ambulance Inspections	120
Clinical Support Unit Inspections	4
Facility Inspections	65
Follow-up Facility Inspections	45
Administrative Inspection	1
Follow-up Administrative Inspection	1

Ambulance Radio Enhancements

Ambulance New Brunswick completed the installation of new radios in all the ambulances, incorporating a "heads-up" display to improve safe driving techniques. This exercise will allow further changes in 2010-11 which will reduce radio traffic in both the hospital emergency rooms and between ambulances. This reduced traffic is expected to improve communication capability significantly.

Paramedic Skill Enhancement

The majority of providers are licensed as Primary Care Paramedics, (PCPs) trained to provide quality emergency health services including symptom relief for cardiac, respiratory and diabetic conditions.

The PCP scope of practice in New Brunswick is enhanced to include intra venous therapy initiation, with the administration of fluids and medications, and the use of an advanced airway device. Paramedics are certified in these E-skills (Enhanced skills) by the Provincial Medical Director. During fiscal 2009-10, new ambulance personnel have been trained in E-skills and existing practitioners have been recertified. The majority of paramedics are now certified to deliver E-skills.

Addiction, Mental Health and Primary Health Care Services

There are two branches in the Addiction, Mental Health and Primary Health Care Services Division: Addiction and Mental Health Services, and Primary Health Care Services. The division has the responsibility to plan, fund and monitor addiction, mental health and primary health care services within the province. Divisional staff continues

L'Unité d'assurance de la qualité, en collaboration avec la structure de la Direction médicale, effectue des vérifications aléatoires des soins aux patients pour assurer la conformité au protocole. Une inspection administrative est effectuée pour revoir la conformité aux modalités opérationnelles, la recertification des travailleurs paramédicaux en techniques spécialisées de maintien des fonctions vitales, l'entretien des véhicules, les rapports d'assurance de la qualité, etc. Tous les cas de nonconformité dépistés pendant les premières inspections annuelles sont vérifiés en vue de la prise de mesures correctrices à l'aide d'autres inspections de suivi.

L'Unité d'assurance de la qualité a travaillé avec Services médicaux d'urgence du Nouveau-Brunswick (SMU NB) pour mettre au point un programme d'inspection des installations afin d'assurer des conditions sécuritaires, adéquates et uniformes dans tous les postes d'ambulance. Le programme suit un processus similaire d'inspection des ambulances en s'assurant de respecter les délais de conformité fixés et d'effectuer les inspections de suivi.

Inspections réalisées en 2009-2010 :

Inspections des nouvelles ambulances	37
Inspections annuelles des ambulances	128
Inspections aléatoires des ambulances	88
Inspections de suivi des ambulances	120
Inspections de l'Unité de soutien clinique	4
Inspections des installations	65
Inspections de suivi des établissements	45
Inspection administrative	1
Inspections administrative de suivi	1

Modernisation des radios dans les ambulances

Ambulance Nouveau-Brunswick a réalisé l'installation de nouvelles radios dans toutes les ambulances, en intégrant un affichage frontal pour améliorer les techniques de conduite sécuritaires. Cet exercice permettra davantage de changements en 2010-2011, car il réduira les communications radio à la fois dans les salles d'urgence des hôpitaux et entre les ambulances. Cette réduction des communications devrait améliorer considérablement les capacités en matière de communication.

Accroissement des compétences des travailleurs paramédicaux

La majorité des prestataires de soins ont un diplôme de travailleur paramédical en soins primaires; ils sont formés pour fournir des services de santé d'urgence de qualité, notamment le soulagement des symptômes liés aux problèmes cardiaques, respiratoires et diabétiques.

Le champ d'activité des travailleurs paramédicaux en soins primaires au Nouveau-Brunswick est accru pour inclure une initiation à la thérapie intraveineuse, avec l'administration de liquides et de médicaments, ainsi que l'utilisation d'un appareil respiratoire de pointe. Les travailleurs paramédicaux sont agréés dans ces compétences accrues par le directeur médical provincial. Pendant l'exercice financier 2009-2010, le personnel des ambulances a reçu une formation en compétences et les praticiens existants ont reçu un nouvel agrément. La majorité des travailleurs paramédicaux sont maintenant agréés pour exécuter les compétences accrues.

Services de traitement des dépendances, de santé mentale et de soins de santé primaires

Il y a deux directions au sein de la Division des services de traitement des dépendances, de santé mentale et de soins de santé primaires : les Services de traitement des dépendances et de santé mentale et les Services de soins de santé primaires. La division a pour responsabilités la planification, le financement et la surveillance des dépendances, de la santé mentale et des soins de

to work toward closer integration of these service areas and support the regional health authorities in doing the same. Staff is also involved in the direct organization and / or delivery of selective services where appropriate e.g. services of a provincial nature, or in the early stages of development.

Addiction Services

Addiction Services are delivered through the two regional health authorities in seven zones throughout the province, providing prevention and treatment services. The overall goal of the Addiction Services delivery model in New Brunswick is to reduce the human and economic costs of substance abuse and gambling by intervening with individuals, families, employers and community partners.

To provide New Brunswickers with a safe environment to withdraw from alcohol, drugs and/or gambling, in-patient detoxification is provided within all zones. Within the fiscal year, a total of 2,068 individuals accessed detoxification services.

Persons who have achieved a detoxified state may access short-term rehabilitation services, which provide group therapy, education, stress management and self-awareness sessions within an in-patient, therapeutic environment. This program is three to four weeks in duration and is offered in Zones 2 (English) and 5 (bilingual); 176 individuals accessed these services in 2009-10.

Long term rehabilitation services for men are offered at Lonewater Farm within Zone 2. This residential program is normally accessed for a three-to six-month period, depending on client need. This program served 108 individuals within the fiscal year.

The Departments of Health, Public Safety, Education and Social Development have partnered with Portage Atlantic to provide services for youth who need intense in-patient treatment. Portage Atlantic, a not-for-profit organization, operates a long term residential adolescent treatment facility for youth aged 14-21. Clients enter the facility after being referred though Addiction Services or, by the Department of Public Safety's Probation Services. There were 67 new admissions and 11 readmissions to the Portage facility in 2009-10.

For clients not requiring admission, each region provides outpatient services, including assessments, consultations and counseling. In 2009-10, preliminary data showed that 1,564 persons aged 19 years or less and 2,461 persons over the age of 19 received outpatient counseling.

Four methadone clinics provided medical treatment and psycho-social counseling services to 1,339 distinct individuals in 2009-10. The following is a breakdown of persons served:

- Zone 1 (Moncton area) served 328 people
- Zone 2 (Saint John area) served 245 people
- Zone 3 (Fredericton area) served 508 people
- Zone 7 (Miramichi area) served 258 people

santé primaires au sein de la province. Le personnel de la division continue à travailler en vue d'atteindre une intégration plus étroite de ces domaines de services et de soutenir les régies régionales de la santé pour qu'elles en fassent de même. Le personnel participe aussi à l'organisation et à la prestation directes de services sélectifs, le cas échéant, par exemple les services de nature provinciale, ou aux prémices de leur élaboration.

Services de traitement des dépendances

Les services de traitement des dépendances sont offerts par l'entremise de deux régies régionales de la santé dans sept zones de la province. Chaque régie offre des services de prévention et de traitement. L'objectif général du modèle de prestation des Services de traitement des dépendances au Nouveau-Brunswick vise à réduire les coûts humains et économiques de la consommation abusive de substances et des dépendances au jeu, en intervenant auprès des particuliers, des familles, des employeurs et des partenaires communautaires.

Afin d'offrir aux gens du Nouveau-Brunswick un milieu sûr pour le sevrage de l'alcool, des drogues ou du jeu, un service de désintoxication aux clients admis est fourni dans toutes les zones. Au cours de l'exercice financier, 2 068 personnes au total ont accédé aux services de désintoxication.

Les personnes qui sont désintoxiquées peuvent accéder à des services de réadaptation à court terme qui offrent des séances de thérapie de groupe, d'éducation, de gestion du stress et d'autosensibilisation dans un milieu thérapeutique pour les clients admis. Ce programme est d'une durée de trois à quatre semaines et il est offert dans les zones 2 (en anglais) et 5 (bilingue); 176 personnes se sont prévalues de ces services en 2009-2010.

Les services de réadaptation de longue durée pour les hommes sont offerts à Lonewater Farm dans la zone 2. Ce programme résidentiel est offert habituellement pour une période de trois à six mois, selon les besoins du client. Ce programme a servi 108 personnes au cours de l'exercice financier.

Les ministères de la Santé, de la Sécurité publique, de l'Éducation et du Développement social ont créé un partenariat avec Portage Atlantic pour offrir des services aux jeunes qui ont besoin d'un traitement intense en établissement. Portage Atlantic, une organisation sans but lucratif, gère un établissement résidentiel de traitement des adolescents de longue durée pour les jeunes âgés de 14 à 21 ans. Les patients entrent à l'établissement après y avoir été aiguillés par les Services de traitement des dépendances, ou par les services de probation du ministère de la Sécurité publique. En 2009-2010, 67 nouveaux cas ont été admis et 11 cas ont été réadmis à l'établissement de Portage.

Pour les clients qui n'ont pas besoin d'être admis, chaque région offre des services externes, y compris des évaluations, des consultations et du counseling. En 2009-2010, les données préliminaires ont montré que 1 564 personnes âgées de 19 ans ou moins et 2 461 personnes âgées de plus de 19 ans ont reçu des services de counseling en consultation externe.

Quatre cliniques de méthadone ont offert des traitements médicaux et des services de counseling psychosociaux à 1 339 participants distincts en 2009-2010. Voici une répartition de ces patients :

- La zone 1 (région de Moncton) a servi 328 personnes.
- La zone 2 (région de Saint John) a servi 245 personnes.
- La zone 3 (région de Fredericton) a servi 508 personnes.
- La zone 7 (région de Miramichi) a servi 258 personnes.

Community Mental Health Centres (CMHC's)

The regional health authorities are responsible for delivering community-based mental health services. The services are delivered through Community Mental Health Centres (CMHCs), which are a key component in the mental health service delivery system in New Brunswick. The CMHCs provide a variety of prevention, intervention, and post-vention services for New Brunswickers. Community mental health services are accessed through 14 CMHCs and other service points located throughout the province. Crisis intervention services are available in the evening and on weekends throughout the province.

Community mental health services are available to all New Brunswickers, either through referrals by a doctor, through self-initiated visits to the CMHCs, or referral by another organization or government department (i.e. hospital, court, Social Development etc.). In the 2009-10 fiscal year, there were 15,135 new referrals, of which 37 per cent were either self-referral or referral by a parent, and 34 per cent were referral from a general practitioner or physician specialist.

Community Mental Health Centres provide assistance to two key client groups: children and adolescents, and adults. In the 2009-10 fiscal year, a total of 22,374 distinct individuals were served by CMHC's for screening, assessment, treatment or follow-up. This represents 29.8 individuals for every 1,000 population.

Adult Community Mental Health Services

Within CMHCs, Adult Community Mental Health Services provides short- and long- term interventions to adult New Brunswickers with mental health disorders who need help dealing with their situation.

Requests for services vary in nature; some people may have functional difficulties because they are having problems at a certain stage in their lives, and others because they have experienced a particularly stressful event (bereavement, separation, job loss, etc.). Other clients exhibit more acute problems that often have existed for some time such as mood disorders, anxiety disorders, adjustment disorders, suicide risk, impulse-control disorders, personality disorders, relational disorders, post-traumatic response to sexual abuse, etc.

In response to diverse client needs, community-based, multidisciplinary teams provide a variety of services: screening; assessment; crisis intervention; short-term therapy; treatment; case management; vocational and rehabilitation services; prevention; consultation; and, service delivery coordination. These services may prevent deterioration in clients' mental health state by providing short term and early supports. For clients who are experiencing long-standing functional disorders or serious mental health problems, for example schizophrenia, the services provide ongoing support and assist individuals with mental illness to avoid social isolation and disconnection from their natural environments.

Using a client-centered approach, Adult Community Mental Health Services work to meet needs as perceived by clients. The sharing of expertise through consultations and the establishment of links with community resources

Centres de santé mentale communautaires (CSMC)

La prestation des services de santé mentale communautaires relève des régies régionales de la santé. Les services sont offerts par l'entremise des centres de santé mentale communautaires qui constituent une composante essentielle du réseau de prestation des services de santé mentale au Nouveau-Brunswick. Les centres de santé mentale communautaires offrent toute une gamme de services de prévention, d'intervention et de postvention à la population Néo-Brunswickoise. Les services communautaires de santé mentale sont offerts par l'entremise de 14 centres de santé mentale communautaires et d'autres points de service répartis dans l'ensemble de la province. Des services d'intervention pour les situations de crise sont disponibles le soir et les fins de semaine dans toute la province.

Les services communautaires de santé mentale sont disponibles pour tous les Néo-Brunswickois par l'entremise de l'aiguillage par un médecin, par des visites personnelles à un centre de santé mentale communautaire ou par l'aiguillage par un autre organisme ou un ministère du gouvernement (p. ex. : un hôpital, la cour, Développement social, etc.). En 2009-2010, on a enregistré 15 135 nouveaux patients dirigés, dont 37 pour cent autodirigés ou dirigés par un parent et 34 pour cent dirigés par un omnipraticien ou un spécialiste.

Les centres de santé mentale communautaires offrent une assistance à deux principaux groupes de patients : les enfants et les adolescents, ainsi que les adultes. Au cours de l'exercice 2009-2010, ces centres ont fourni des services de dépistage, d'évaluation, de traitement ou de suivi à 22 374 personnes distinctes au total. Ceci représente 29,8 personnes par 1 000 habitants.

Services communautaires de santé mentale auprès des adultes

Au sein des centres de santé mentale communautaires (CSMC), les Services communautaires de santé mentale auprès des adultes offrent des interventions à court et à long terme aux Néo-Brunswickois ayant des troubles mentaux qui ont besoin d'aide pour gérer leur situation.

La nature du service demandé varie; certaines personnes ont des difficultés fonctionnelles parce qu'elles éprouvent des problèmes à un moment précis de leur vie et d'autres parce qu'elles ont vécu un événement particulièrement difficile (deuil, séparation, perte d'emploi, etc.). D'autres patients manifestent des problèmes plus graves, souvent depuis un certain temps, (troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles d'adaptation, comportement suicidaire, troubles de contrôle impulsif, troubles de la personnalité, troubles relationnels, réaction post-traumatique aux sévices sexuels, etc.).

En réponse à différents besoins des clients, des équipes communautaires multidisciplinaires offrent toute une gamme de services : dépistage, évaluation, intervention en cas de crise, thérapie à court terme, traitement, gestion des cas, services de formation professionnelle et de réadaptation, prévention, consultation, et coordination de la prestation de services. Ces services peuvent empêcher la dégradation de l'état mental des patients en leur offrant un soutien rapide à court terme. Pour les patients qui ont des troubles fonctionnels de longue date ou de graves problèmes de santé mentale, par exemple la schizophrénie, les services offrent un soutien continu et aident les personnes atteintes d'une maladie mentale à éviter l'isolation sociale et l'exclusion de leur milieu naturel.

À l'aide d'une démarche axée sur le patient, les Services communautaires de santé mentale auprès des adultes travaillent en vue de répondre aux besoins perçus par les patients. Ils favorisent le partage des connaissances par l'entremise de

is promoted, ensuring maximum client autonomy with a minimum of professional intervention. This helps clients obtain the means to reduce or eliminate the functional, interpersonal, and environmental barriers created by their disabilities, to rebuild their social networks and to develop the skills they need to lead independent and productive lives in society.

During the 2009-10 fiscal year, the Adult Community Mental Health program provided a total of 130,333 in-person services to 17,156 adults.

In-Patient Psychiatric Care

Each of the eight regional hospital facilities includes a psychiatric unit that provides in-patient and day hospital services for voluntary and involuntary patients suffering from acute psychiatric disorders. They provide: 24-hour emergency and consultation services to patients referred by physicians and Community Mental Health Centres; consultation/ liaison to other hospital medical and surgical units; and mental health education to a range of hospital clinical staff and other professionals. In the 2009-10 fiscal year, patients stayed in the psychiatric units for a total of 47,984 days (in-patient days).

The Child and Adolescent Psychiatric Unit (CAPU), a provincial six-bed tertiary resource located in the Moncton Hospital, provides in-patient care and outreach services to children and adolescents who need serious psychiatric treatment. In the 2009-10 fiscal year, this unit had 1,722 in-patient days.

Two psychiatric hospitals, Centracare in Saint John and the Restigouche Hospital Centre in Campbellton, provide specialized treatment and rehabilitation services for patients with medium-to long-term psychiatric problems requiring hospitalization. The Restigouche Hospital Centre also provides specialized observation and assessment for forensic cases for the entire province. The two hospitals function as: specialized, tertiary, in-patient resources for other mental health services; support centres for evaluation, research and mental health training; and providers of psychiatric telephone / videoconference consultation and on-site support to other agencies for psychogeriatric patients and individuals with developmental handicaps. During the 2009-10 fiscal year, Centracare and RHC had 15,825 and 62,622 in-patient days, respectively, for a total of 78,447.

Hospital patients who no longer need tertiary hospital services are discharged into the community where services and supports are provided, allowing them to reintegrate successfully into a non-institutional environment. In the 2009-10 fiscal year, psychiatric units registered a total of 3,330 discharges, while CAPU had 46. Centracare and RHC registered seven and 284 total discharges respectively.

consultations et la création de liens avec la collectivité, dans le but d'assurer au patient une autonomie maximale avec un minimum d'interventions professionnelles. Ils aident les patients à obtenir le moyen de réduire ou d'éliminer les obstacles fonctionnels, interpersonnels et du milieu créés par leurs handicaps, à reconstruire leurs réseaux sociaux et à perfectionner les compétences nécessaires pour mener une vie autonome et productive au sein de la société.

Au cours de l'exercice 2009-2010, les Services communautaires de santé mentale auprès des adultes ont offert 130 333 services personnalisés à 17 156 adultes.

Soins psychiatriques aux patients hospitalisés

Chacun des huit hôpitaux régionaux est doté d'une unité psychiatrique qui fournit des soins aux patients hospitalisés et des soins de jour aux patients atteints de troubles psychiatriques aigus, qu'ils soient en placement volontaire ou non. On y offre des soins d'urgence 24 heures sur 24 et des services de consultation pour les patients dirigés par les médecins et les intervenants des centres de santé mentale communautaires, des services de consultation et de liaison à l'intention des unités de médecine générale et de chirurgie, ainsi que des séances de formation sur la santé mentale à l'intention des différents membres du personnel clinique hospitalier et d'autres professionnels. En 2009-2010, les patients sont demeurés dans les unités psychiatriques pendant une période totale de 47 984 jours (jours-patients hospitalisés).

L'Unité psychiatrique pour enfants et adolescents, un service tertiaire provincial de six lits situé au Moncton Hospital, fournit des soins hospitaliers et ambulatoires aux enfants et aux adolescents ayant un besoin urgent de soins psychiatriques. Au cours de l'exercice financier 2009-2010, cette unité a enregistré 1 722 jours-patients hospitalisés.

Deux hôpitaux psychiatriques, soit le Centracare de Saint John et le Centre hospitalier Restigouche de Campbellton, offrent des traitements spécialisés et des services de réadaptation aux patients atteints de troubles psychiatriques de moyenne et de longue durée nécessitant l'hospitalisation. Le Centre hospitalier Restigouche offre également des services d'observation spécialisés des cas médicolégaux pour l'ensemble de la province. Les deux hôpitaux servent de centres de ressources spécialisées internes pour les autres services de santé mentale, de centres de soutien en matière d'évaluation, de recherche et de formation en santé mentale. Ils sont aussi des fournisseurs de services de consultation par téléphone et par vidéoconférence dans le domaine de la psychiatrie et d'un soutien sur place aux organismes qui dispensent des soins aux patients en psychogériatrie et aux personnes ayant une incapacité liée au développement. En 2009-2010, Centracare et le Centre hospitalier Restigouche ont enregistré 15 825 et 62 622 jours-patients hospitalisés, respectivement, pour un total de 78 447 pour ces deux hôpitaux psychiatriques.

Les patients hospitalisés qui n'ont plus besoin de soins tertiaires (soins de niveau élevé) réintègrent la collectivité, où ils reçoivent un soutien et des services appropriés, ce qui leur permet de réussir leur réinsertion sociale. Au cours de l'exercice 2009-2010, les unités psychiatriques ont enregistré 3 330 congés d'hôpital au total, tandis que l'Unité psychiatrique pour enfants et adolescents en a relevé 46. Centracare et le Centre hospitalier Restigouche ont enregistré sept congés et 284 congés d'hôpital au total, respectivement.

Primary Health Care

The department recognizes the importance of a strong foundation in primary health care in the development of a self-sufficient and sustainable health care system for New Brunswickers. The Primary Health Care Framework is based on four pillars:

- Teams: teams of health care providers working with individuals to improve care
- Information: information is coordinated between health care providers
- Access: access is provided to the right care at the right time
- Healthy Living: a focus on prevention and self-care to assist New Brunswickers in maintaining wellness through healthy living

The Primary Health Care Branch provides on-going support for the provincial development and implementation of community health centres (CHCs), health service centres, a collaborative practice site (Gibson Health Clinic) and a primary health care network. The branch is also responsible for providing training models for primary health care providers, as well as developing and leading the province's Chronic Disease Prevention and Management Strategy, managing the provincial Tele-Care Service and developing a provincial injury prevention framework.

Progress continues on the development and design of a New Brunswick primary health care network. Resources have been invested into the preliminary development of two pilot projects. These pilots focus on development of skilled teams of providers, improving access to primary health services. Community input is a cornerstone in developing innovative approaches. A primary health care advisory committee made up of key stakeholders provides expertise and direction to the department on primary health care priorities and redesign.

Examples of chronic disease management initiatives include:

- On-going coordination of My Choices–My Health, a free support workshop designed to help individuals develop the skills needed to better manage the daily life challenges of living with chronic mental or physical health diseases. Classes are led by a team of two individuals who have experienced chronic disease personally or worked with those living with chronic diseases. Future leaders, who are recruited from participants who have completed the program, other volunteers, members of health-related NGO's and staff from RHA's, are provided training. Between April 2009 and March 2010, a network of over 95 trained leaders delivered approximately 40 workshops in both official languages throughout the province. The goal is to continue expanding the network of leaders, allowing more New Brunswickers to benefit from this unique program as close as their homes as possible. Evaluation of this program is on-going, with completion targeted for January 2011. Additional training sessions for leaders are being planned for August 2010 (English) and September 2010 (French)

Soins de santé primaires

Le ministère reconnaît l'importance d'une base solide en matière de soins de santé primaires dans l'établissement d'un système de soins de santé autosuffisant et viable pour les Néo-Brunswickois. Le Cadre de soins de santé primaires est fondé sur quatre piliers :

- Équipes : Les équipes de fournisseurs de soins de santé s'emploient, en collaboration avec d'autres personnes, à améliorer la qualité des soins.
- Information : L'information est coordonnée par les fournisseurs de soins de santé.
- Accès : Le patient a accès aux soins adéquats au bon moment.
- Modes de vie sains : L'accent sur la prévention et l'autogestion de la santé contribuent au maintien du bien-être des Néo-Brunswickois.

La Direction des soins de santé primaires offre un soutien continu à l'établissement et à la mise en œuvre provinciale de centres de santé communautaires, de centres de services de santé, un lieu d'exercice de la profession en collaboration (clinique médicale Gibson) et un réseau de soins de santé primaires. La direction est également chargée d'offrir des modèles de formation aux fournisseurs de soins de santé primaires et d'établir et de diriger la Stratégie provinciale de gestion et de prévention des maladies chroniques, la gestion du service provincial de Télé-Soins et l'élaboration d'un cadre provincial de prévention des blessures.

Les progrès se poursuivent en ce qui concerne l'élaboration et la conception d'un réseau de soins de santé primaires au Nouveau-Brunswick. Des ressources ont été investies dans le développement préliminaire de deux projets pilotes. Ces projets pilotes visent à mettre sur pied des équipes qualifiées de fournisseurs, améliorant ainsi l'accès aux services de soins de santé primaires. La participation communautaire est la pierre angulaire qui permet d'établir des approches novatrices. Un comité consultatif de soins de santé primaires composé d'intervenants clés offre de l'expertise et une orientation au ministère sur les priorités en matière de soins de santé et la restructuration.

Exemples d'initiatives de gestion des maladies chroniques :

- La coordination continue de Mes choix – Ma santé, un atelier de soutien gratuit conçu pour aider les personnes à acquérir les compétences nécessaires afin de mieux gérer les difficultés de la vie quotidiennes causées par des maladies mentales ou physiques chroniques. Les cours sont dirigés par une équipe de deux personnes qui ont elles-mêmes souffert d'une maladie chronique ou qui ont travaillé avec des personnes atteintes d'une maladie chronique. Les futurs animateurs, qui sont embauchés parmi des participants ayant terminé le programme, d'autres bénévoles, des membres d'organisations non gouvernementales (ONG) relatives à la santé et de membres du personnel des régies régionales de la santé (RRS), reçoivent une formation. Entre avril 2009 et mars 2010, un réseau de plus de 95 animateurs formés ont donné environ 40 ateliers dans les deux langues officielles dans l'ensemble de la province. L'objectif est de continuer à étendre le réseau d'animateurs, pour permettre à davantage de Néo-Brunswickois de bénéficier de ce programme unique aussi près de leur domicile que possible. L'évaluation de ce programme est en cours et elle devrait se terminer en janvier 2011. D'autres séances de formation pour les animateurs sont prévues pour les mois d'août 2010 (en anglais) et de septembre 2010 (en français).

- The Diabetes Task Group developed an action strategy for the Department of Health in January 2010. This document identified initiatives that were critical underpinnings in moving forward with reorganizing how to better provide primary health care services to persons with diabetes, with a focus on prevention of secondary complications. The plan is currently under consideration.
- Provided financial support to alternative community-based settings to provide primary health care services. This includes the UNB-based Community Health Clinic in downtown Fredericton, the Salvus clinic in Moncton and the Loch Lomand Wellness Center (HOPE) Center in Saint John. These exemplify the department's commitment to work with communities and other key stakeholders in building sustainable solutions

Community Health Centres

There are currently eight established community health centres (CHCs) in New Brunswick located in Dalhousie, Caraquet, Lamèque, Riverside-Albert, Saint John, Minto, Doaktown, Plaster Rock, and one collaborative practice, the Gibson Health Clinic in Fredericton. The community health centres play an integral role in improving access to primary health care in New Brunswick. CHCs provide locations where people can go for everyday health care needs as well as to learn about healthy living and prevention of illness. There is ongoing activity and progress in each of the community health centres to fully integrate an electronic medical record, which will improve quality of care, communication and analysis of health data. Together with the regional health authorities, consistent approaches for cost-effective and efficient information management solutions are being developed. Two satellite community health center sites have also been opened to help improve access to francophone primary health care services. Medisanté in Saint John and the Noreen Richard Centre in Fredericton are located in the francophone community centers of Samuel de Champlain and Centre Communautaire Sainte-Anne, respectively. These satellite sites are helping to ensure efficient and effective access to primary care resources. A third satellite opened in Saint-Isidore in February 2010 to improve rural access to primary health care service and the planned opening of a newly constructed facility for the Rexton Health Centre is June 2010.

Community partnership has remained a cornerstone in the operations of community health centres. The citizen groups in all communities that are supported by a CHC assist in facilitating an understanding of the health and wellness issues in their respective communities and in developing solutions that leverage local strengths and resources to create sustainable change.

In the past year, in addition to accommodating unscheduled primary care appointments, the community health centres have provided group services ranging from arthritis self-management classes to diabetic teaching and healthy living initiatives. Although each CHC develops a unique service profile to fit the needs of the community, there is a common "basket of services". Providers in community health centers include physicians, nurse practitioners, nurses, occupational therapists, physiotherapists, social workers, community development

- Le Groupe de travail sur le diabète a mis au point une stratégie d'action pour le ministère de la Santé en janvier 2010. Le présent document a relevé les initiatives qui étaient des fondements essentiels de la progression dans la réorganisation de la façon d'améliorer la prestation de services de soins de santé primaires aux personnes souffrant du diabète, en mettant l'accent sur la prévention des complications secondaires. Le plan est actuellement en cours d'étude.
- Soutien financier à d'autres milieux communautaires pour qu'ils prodiguent des services de soins de santé primaires, notamment à la clinique de santé communautaire de l'Université du Nouveau-Brunswick, dans le centre-ville de Fredericton, à la clinique Salvus, à Moncton, et au Centre de mieux-être de Loch Lomand, à Saint John. Ce soutien démontre l'engagement du ministère à travailler avec les collectivités et d'autres intervenants clés pour mettre en place des solutions viables.

Centres de santé communautaires

Le Nouveau-Brunswick compte actuellement huit centres de santé communautaires (CSC) : Dalhousie, Caraquet, Lamèque, Riverside-Albert, Saint John, Minto, Doaktown, Plaster Rock, ainsi qu'une pratique clinique en collaboration, la clinique médicale Gibson à Fredericton. Les centres de santé communautaires jouent un rôle intégral dans l'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires au Nouveau-Brunswick. Les gens peuvent se rendre à ces centres pour leurs besoins de soins de santé quotidiens et se renseigner sur les modes de vie sains et la prévention des maladies. Chacun des centres de santé communautaires poursuit des activités et des progrès continus en vue de l'intégration complète d'un dossier médical électronique, ce qui améliorera la qualité des soins, de la communication et de l'analyse des données en matière de santé. En collaboration avec les régies régionales de la santé, des approches uniformes pour des solutions de gestion de l'information efficaces et rentables sont en voie d'être élaborées. On a également ouvert deux centres de santé communautaires satellites pour améliorer l'accès des francophones aux services de soins de santé primaires. Médisanté à Saint John et le Centre de santé Noreen-Richard à Fredericton sont situés dans les centres communautaires francophones de Samuel de Champlain et du Centre communautaire Sainte-Anne, respectivement. Ces centres satellites contribuent à assurer un accès efficace et pratique aux ressources de soins de santé primaires. On a ouvert un troisième centre satellite à Saint-Isidore en février 2010 pour améliorer l'accès rural au service de soins de santé primaires et on prévoit ouvrir une installation qui vient d'être construite pour le Centre de santé de Rexton en juin 2010.

Le partenariat communautaire est demeuré une pierre angulaire des activités des centres de santé communautaires. Les groupes de citoyens dans les collectivités qui sont appuyés par les centres de santé communautaires contribuent à faciliter la compréhension des questions touchant à la santé et au mieux-être dans leurs collectivités respectives et à mettre au point des solutions reposant sur les forces et les ressources locales afin d'opérer des changements viables.

Au cours de la dernière année, en plus d'accepter des rendez-vous de soins primaires non prévus, les centres de santé communautaires ont offert des services de groupe, que ce soit des cours d'autogestion de l'arthrite, d'enseignement aux diabétiques ou des initiatives sur les modes de vie sains. Même si chaque centre de santé communautaire établit un profil de service unique pour répondre aux besoins de la collectivité, un panier commun de services est offert. Plusieurs fournisseurs travaillent au sein des centres de santé communautaires : médecins, infirmières praticiennes, infirmières, ergothérapeutes, physiothérapeutes,

workers, respiratory therapists, and dieticians as well as addiction and mental health workers. Citizens are able to see the health provider who is best able to address their needs and each health centre sets up operating hours that best fit with the needs of the community.

Health promotion and disease and injury prevention are integral components of services offered at the CHCs. The best practices of chronic disease prevention and management, and client-centered care plans are a foundational principle of the CHCs. As much as possible, services are provided in the community, with all centres including or having access to phlebotomy (blood) and specimen collection services. In total, 65,586 New Brunswickers received care from the eight CHCs, the satellite CHCs and one collaborative practice. The following table provides a breakdown of services provided in each facility.

travailleurs sociaux, travailleurs de développement communautaire, inhalothérapeutes et diététistes ainsi que travailleurs de la santé mentale et du traitement des dépendances. Les citoyens peuvent voir le fournisseur de soins qui est le plus apte à répondre à leurs besoins et chaque centre de santé fixe leurs heures d'ouverture de façon à mieux répondre aux besoins de la collectivité.

La promotion de la santé et la prévention des maladies et des blessures sont des éléments intégraux des services offerts aux centres de santé communautaires. Les méthodes exemplaires de prévention et de gestion des maladies chroniques et les plans de soins axés sur le client sont un principe de base des centres de santé communautaires. Dans la mesure du possible, les services sont dispensés dans la collectivité, tous les centres ayant accès à des services de phlébotomie (sang) et de prélèvements. Au total, 65 586 Néo-Brunswickois ont reçu des soins des huit centres de santé communautaires, du centre de santé communautaires satellite et d'une pratique clinique en collaboration. Le tableau suivant offre une répartition des services dispensés dans chaque établissement.

CHC 2009-10

Zone	Facility	Clients Served	Attendance Days	Telephone Contacts	Visits[1]	Total Activity[2]
RHA A Zone 5	**St. Joseph CHC**	9,878	0	0	41,584	41,584
RHA A Zone 6	**CSC deSt-Isidore** [3]	222	0	0	226	226
	CSC de Lamèque	7,589	5,739	3,424	54,460	63,623
	L'Enfant-Jésus RHSJ	18,048	10,914	573	73,839	85,326
Regional Health Authority A		35,737	16,653	3,997	170,109	190,759
RHA B Zone 1	**Albert County CSC**	1,869	892	0	15,337	16,229
RHA B Zone 2	**St. Joseph's CHC**	7,319	6,290	3,285	62,067	71,642
	Medisanté Saint John [4]	608	0	0	3,312	3,312
RHA B Zone 3	**Tobique Valley CHC** [5]	2,671	2,832	339	2,908	6,079
	Gibson Health Clinic	5,859	0	0	46,448	46,448
	CHC Noreen-Richard [6]	1,821	5,073	0	1,821	6,394
	Queens North CHC	5,533	5,037	1,033	28,303	34,373
	Central Miramichi CHC	4,169	1,981	107	33,656	35,744
Regional Health Authority B		29,849	22,105	4,764	193,852	220,721
	Totals	**65,586**	**38,758**	**8,761**	**363,961**	**411,480**

Notes:
(1) Visits include visits to Nurses, Nurse Practitioner and Physician
(2) Total Activity includes Attendance Days, Telephone Contacts and Visits
(3) Centre de santé communautaire de St-Isidore opened February 22, 2010
(4) Medisanté opened Feb 10, 2009
(5) Tobique Valley Community Health Centre opened July 2008
(6) Centre de santé Noreen-Richard opened June 3, 2009

Stats are considered preliminary until completion of year end settlement process within the RHAs

CSC 2009-2010

Zone	Établissement	Clients desservis	Jours de fréquentation	Appels téléphoniques	Visites [1]	Activité [2] totale
RRS A – Zone 5	CSC de St. Joseph	9 878	0	0	41 584	41 584
RRS A – Zone 6	CSC de St Isidore [3]	222	0	0	226	226
	CSC de Lamèque	7 589	5 739	3 424	54 460	63 623
	CSC de l'Enfant-Jésus RHSJ	18 048	10 914	573	73 839	85 326
Régie régionale de la santé A		35 737	16 653	3 997	170 109	190 759
RRS B – Zone 1	CSC du comté d'Albert	1 869	892	0	15 337	16 229
RRS B – Zone 2	CSC de St. Joseph's	7 319	6 290	3 285	62 067	71 642
	Médisanté (Saint John) [4]	608	0	0	3 312	3 312
RRS B – Zone 3	CSC de Tobique Valley [5]	2 671	2 832	339	2 908	6 079
	Clinique médicale Gibson	5 859	0	0	46 448	46 448
	Centre de santé Noreen-Richard[6]	1 821	5 073	0	1 821	6 394
	CSC de Queens nord	5 533	5 037	1 033	28 303	34 373
	CSC de Miramichi-Centre	4 169	1 981	107	33 656	35 744
Régie régionale de la santé B		29 849	22 105	4 764	193 852	220 721
Totaux		**65 586**	**38 758**	**8 761**	**363 961**	**411 480**

Nota :
(1) Les visites incluent les visites aux infirmières, aux infirmières praticiennes et aux médecins.
(2) L'activité totale inclut les jours de fréquentation, les contacts téléphoniques et les visites.
(3) Le centre de santé communautaire de Saint-Isidore a ouvert le 22 février 2010.
(4) Médisanté a ouvert le 10 février 2009.
(5) Le centre de santé communautaire de Tobique Valley a ouvert en juillet 2008.
(6) Le centre de santé Noreen-Richard a ouvert le 3 juin 2009.
Les statistiques sont considérées comme préliminaires jusqu'à l'achèvement du processus de règlement de fin d'exercice au sein des régies régionales de la santé.

Injury Prevention
New Brunswick has the highest rate of unintentional injury hospitalizations to children in all of Atlantic Canada and the second highest rate in all of Canada. The Economic Burden of Injury in Canada (SMARTRISK, 2009) reports that 259 New Brunswickers died as a result of unintentional injuries in 2004. The direct health care costs of unintentional injury in New Brunswick were $251 million in 2004. Transport incidents resulted in the highest number of injury deaths per capita while falls accounted for the highest per capita costs. The Department of Health, in partnership with the RHAs, other government departments, and non-government stakeholders, is developing a strategy for the prevention of unintentional injury. The Department has joined forces with other Atlantic provinces and injury prevention stakeholders, through the Atlantic Collaborative on Injury Prevention (ACIP), to leverage collective work being done around preventing unintentional injuries.

Tele-Care 811 and Health-Related Information Lines
Tele-Care 811 (including symptom triage and the poison information line) has been available in both official languages, toll-free, province-wide, 24 hours a day, seven days a week, since February 1997. Since that time, Tele-

Prévention des blessures
Le Nouveau-Brunswick compte le taux le plus élevé de tout le Canada atlantique et le deuxième taux le plus élevé à l'échelle du Canada en matière d'hospitalisation d'enfants pour des blessures non-intentionnelles. Le rapport The Economic Burden of Injury in Canada (SMARTRISK, 2009) indique que 259 Néo-Brunswickois sont décédés en conséquence de blessures non-intentionnelles en 2004. Les coûts directs des soins de santé dispensés pour les blessures non-intentionnelles au Nouveau-Brunswick étaient de 251 millions de dollars en 2004. Les accidents de transport entraînaient le nombre le plus élevé de décès par habitant, alors que les chutes représentaient les coûts par habitant les plus élevés. Le ministère de la Santé, en partenariat avec les régies régionales de la santé (RRS), d'autres ministères gouvernementaux et des intervenants non-gouvernementaux, élabore une stratégie pour la prévention des blessures non-intentionnelles. Le ministère a allié ses forces à celles d'autres provinces atlantiques et d'intervenants en prévention des blessures, par l'entremise de l'organisation Atlantic Collaborative on Injury Prevention (ACIP), afin de tirer parti des travaux collectifs réalisés en matière de prévention des blessures non-intentionnelles.

Télé-Soins 811 et lignes d'information liées à la santé
Les services de Télé-Soins 811 (y compris le tri des symptômes et la ligne d'information antipoison) sont disponibles dans les deux langues officielles, sans frais, dans toute la province, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, depuis février 1997. Depuis lors, Télé-Soins a

Care has since added other toll-free services, including: information lines related to Rabies, the West Nile virus, gambling, sexually transmitted infections and Avian influenza; the Tele-Library audiotape service; and, the Organ and tissue donor screening line for health care professionals

Tele-Care uses the telephone to improve accessibility to health services, help citizens to navigate the healthcare system and promote self-care. Services are provided by nurses that use standardized Canadian clinical guidelines, accessible through computer software, to rapidly identify callers' needs, triage symptoms, and to provide health advice, information, and referral to the appropriate level of care if necessary.

A formal evaluation of the Tele-Care service completed in 2009 demonstrated that one in five New Brunswick households uses the 24/7 bilingual service for health information. Specifically:

- more than half of all calls (57 per cent) are made outside of physicians' regular office hours;
- a third of all calls (33 per cent) were from a caregiver for a child; and
- 18 per cent of callers report that they do not have a family physician.

Of particular note was the frequency of callers (40 per cent) who were able to self-mange their symptoms without seeking an elevated level of care such as physicians' office or emergency department.

Responsiveness
The service has also demonstrated flexibility to respond to emergency community health care issues such as H1N1 Influenza. During the period October - November 2009, Tele-Care handled over 45,000 calls from citizens looking for information on H1N1 immunization, symptom identification, treatment options and self-care advice. The ability to handle such high volumes reduced strain on all areas of the health system allowing them to focus on immunization and care of citizens.

A toll-free line was also put in place to respond to the recent pathology review in the Plaster Rock and Edmundston area to provide advice and information to patients impacted.

811
In March 2010, a new toll-free 811 line was launched to provide easy access to New Brunswick citizens for Tele-Care services. The number is an easily-remembered way to access to Tele-care and the services it provides. A communications and marketing plan will be rolled out through fiscal 2010-11 to provide recognition of the service with every citizen receiving a fridge magnet with the new log and information on 811.

ajouté d'autres services sans frais, à savoir : des lignes d'information liées à la rage, au virus du Nil occidental, à la dépendance au jeu, aux infections transmissibles sexuellement et à la grippe aviaire, au service de ruban audio télé-bibliothèque, ainsi qu'une ligne de dépistage des donneurs d'organes et de tissus pour les professionnels de la santé.

Télé-Soins utilise le téléphone pour améliorer l'accessibilité aux services de soins de santé, aider les citoyens à s'y retrouver dans le système de soins de santé, et favoriser les soins auto-administrés. Les services sont fournis par des infirmières qui utilisent des lignes directrices cliniques canadiennes normalisées, accessibles à l'aide d'un logiciel informatique, pour déterminer rapidement les besoins de l'appelant, et les symptômes de triage et pour fournir des conseils, de l'information en matière de santé et diriger l'appelant vers un autre service au besoin.

Une évaluation officielle du service de Télé-Soins terminée 2009 indique qu'un ménage Néo-Brunswickois sur cinq a recours au service bilingue 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 pour obtenir de l'information sur la santé. Plus particulièrement :

- Plus de la moitié des appels (57 pour cent) sont effectués en dehors des heures de bureau normales du médecin.
- Un tiers des appels (33 pour cent) proviennent d'un gardien d'enfants.
- 18 pour cent des appelants indiquent qu'ils n'ont pas de médecin de famille.

Il est intéressant de signaler la fréquence des appelants (40 pour cent) qui étaient en mesure d'autogérer leurs symptômes sans solliciter un niveau plus élevé de soins comme le bureau du médecin ou le service d'urgence.

Réceptivité
Le service a aussi fait preuve de flexibilité pour répondre aux questions de soins de santé communautaires urgents telles que la grippe H1N1. Entre octobre et novembre 2009, Télé-Soins a géré plus de 45 000 appels de citoyens qui souhaitaient des renseignements sur l'immunisation, l'identification des symptômes, les options de traitement et les conseils relatifs aux soins auto-administrés pour la grippe H1N1. La capacité de gestion de volumes aussi élevés a réduit la tension dans tous les domaines du système de santé, ce qui lui a permis de se concentrer sur l'immunisation et les soins aux citoyens.

Une ligne sans frais a également été mise en place pour répondre à l'examen pathologique récent dans la région de Plaster Rock et d'Edmundston afin de donner des conseils et des renseignements aux patients touchés.

811
En mars 2010, une nouvelle ligne 811 sans frais a été lancée pour fournir aux citoyens du Nouveau-Brunswick un accès facile aux services de Télé-Soins. Le numéro est un mode d'accès facilement mémorisable à Télé-Soins et aux services que la ligne offre. Un plan de communication et de marketing sera déployé progressivement tout au long de l'exercice 2010-2011; pour honorer le service; chaque citoyen recevra un aimant de réfrigérateur contenant le nouveau registre et l'information relative au 811.

Hospital Services

The Hospital Services Branch is responsible for ensuring the availability of appropriate, quality hospital services for the residents of New Brunswick. This includes responsibility for:

- the Hospital System Master Plan
- approval of new or enhanced hospital services
- development and maintenance of hospital program standards
- funding and monitoring of the operational needs of the regional health authorities

Acute or hospital care is comprised of primary, secondary and tertiary care services delivered by the two regional health authorities. Services are delivered in 51 facilities throughout the province. Hospital services generally include the following patient services which will vary according to the size of the facility and mandate: acute in-patient services, surgery, restorative/extended care services, outpatient ambulatory care, emergency services, laboratory medicine, diagnostic imaging and other diagnostic and therapeutic services. The Hospital Facilities – Assorted Data Table reports on key elements of hospital utilization, notably the use of in-patient, surgical and ambulatory services in the province.

Hospital Services are delivered in collaboration with other health care services within the regional health authorities and function as an integral component of health care.

Services hospitaliers

La Direction des services hospitaliers est chargée de veiller à ce que la population Néo-Brunswickoise dispose de services hospitaliers adéquats et de qualité. Ses responsabilités comprennent :

- le Plan directeur du système hospitalier;
- l'approbation de nouveaux services hospitaliers ou de services améliorés;
- l'élaboration et la mise à jour des normes relatives aux programmes hospitaliers;
- le financement et la surveillance des besoins opérationnels des régies régionales de la santé.

Les soins actifs ou hospitaliers englobent les services de soins primaires, secondaires et tertiaires dispensés par les deux régies régionales de la santé. Les services sont offerts dans 51 établissements dans l'ensemble de la province. Les services hospitaliers englobent habituellement les services de soins suivants aux patients, lesquels peuvent varier selon la taille de l'établissement et son mandat : les services aux patients hospitalisés de longue durée, les services de chirurgie, les services de soins de rétablissement ou de soins prolongés, les soins ambulatoires en clinique externe, les services d'urgence, la médecine de laboratoire, l'imagerie diagnostique ainsi que d'autres services de diagnostic ou thérapeutiques. Le tableau « Établissements hospitaliers – données variées » présente les éléments clés de l'utilisation des ressources hospitalières, notamment l'utilisation des services aux patients hospitalisés ainsi que les services de soins chirurgicaux et ambulatoires dans la province.

Les services hospitaliers sont offerts conjointement avec d'autres services de soins de santé au sein des régies régionales de la santé et ils font partie intégrante des soins de santé.

Hospital Facilities - assorted data

Hospital Facilities	Post Audit 2007-08[11]	Post Audit 2008-09[11]	Preliminary Data 2009-10
Staffing			
Staff (FTEs) – Includes Acute Hospitals, Tertiary Rehab and Hospital Satellite Locations	15,096	15,253	15,037
Hospital Inpatient Separations			
Separations[8]	97,724	95,833	92,395
Number of Separations/1,000 Population	***131.1***	***128.2***	***123.6***
Total Length of Stay	990,178	1,001,929	1,022,849
Average Number of Days per Hospital Stay	10.1	10.5	11.1
Number of In-Hospital Deaths[10]	3,851	3,910	3,877
Surgical Episodes			
Surgical Episodes1 - Inpatients	26,231	25,523	24,837
Surgical Episodes1 - Day Surgery	42,817	43,987	45,032
Total Surgical Episodes	69,048	69,510	69,869
Percent of Surgical Episodes – Inpatient	***38.0%***	***36.7%***	***35.5%***
Percent of Surgical Episodes - Day Surgery	***62.0%***	***63.3%***	***64.5%***
Obstetrics			
Number of Deliveries	7,254	7,397	6,649
Number of Deliveries/1,000 Population[9]	***9.7***	***9.9***	***8.9***
Bed Occupancy			
Maximum Number of Beds in Operation[2,3,4]	2,624	2,601	2,609
Actual Beds in Operation on April 1st Reported by RHAs[2, 3]	2,565	2,560	2,568
Average Daily Census[2, 3]	2,330	2,355	2,419
Average Occupancy per Day[2, 3]	90.8%	92.0%	94.2%
Average Number of Beds Occupied per Day/1,000 Pop'n[9]	***3.1***	***3.2***	***3.2***
Emergency Room Visits			
Emergency Room Visits[5]	644,576	632,203	610,221
Number of ER Visits/1,000 Population[9]	***864.8***	***846.0***	***816.6***
Ambulatory Visits			
Outpatients Clinic Visits	697,100	730,980	756,025
Dialysis Visits	80,838	78,082	75,312
Oncology Clinic Visits	66,507	73,287	73,193
Number of Ambulatory Clinic Visits/1,000 Population[9]	***935.2***	***978.2***	***1,011.7***
Diagnostic Tests			
Laboratory Procedures (# tests performed)[6]	17,675,930	19,508,585	20,479,180
Laboratory Procedures – Inpatient	3,660,781	4,080,580	4,297,902
Laboratory Procedures – Outpatient	14,015,149	15,428,005	16,181,278
Percent of Laboratory Procedures - Inpatient	***21%***	***21%***	***21%***
Percent of Laboratory Procedures - Outpatient	***79%***	***79%***	***79%***
Diagnostic Imaging - Total Exams/Procedures[7]	1,191,369	1,222,115	1,232,511
CT (computerized tomography) Scan Exams	138,007	145,155	148,607
MRI (magnetic resonance imaging) Exams	31,759	35,026	34,711
Cardiac Catheterization Exams	3,769	3,801	3,875

1. Surgical Episodes - all surgical episodes performed in the main operating room plus cesarean sections and cataract surgery performed in ambulatory care at the Dr. Georges-L. Dumont Regional Hospital and The Moncton Hospital.
2. Includes acute, rehab and chronic beds. Excludes bassinets, VAC, addictions and psychiatric facilities (Centracare, Restigouche Hospital Centre) and inpatients located in ER.
3. Includes two palliative beds at Queens North Health Complex.
4. Maximum beds in Operation reflect the number with Upper River Valley Hospital open.
5. Emergency Room visits exclude scheduled clinic visits conducted in ER.
6. Laboratory Procedures includes those exams referred-in to the RHA from other sources but excludes those procedures that are referred-out to an external source.
7. Diagnostic Imaging exams excludes exams performed in RHA 2 Cardiac Catheterization Lab.
8. Separations - includes acute, chronic, general and tertiary rehab care, VAC and psychiatric facilities.
9. Population – 2007-08 rate based on the 2007 population estimates prepared by Statistics Canada in September 2009; 2008-09 and 2009-10 rates based on the 2008 population estimates prepared by Statistics Canada in September 2009; all of which are based on the 2006 census.
10. Includes deaths of patients who may have been non-residents of the Province of New Brunswick because they were hospitalized in one of our facilities. Excludes stillborns and patients who died in any ambulatory care setting.
11. Previous years' data have been restated to reflect post audit data and the adjusted population estimates.

Données variées des établissements hospitaliers

Établissements hospitaliers	Post-vérification 2007-2008[11]	Post-vérification 2008-2009[11]	Données préliminaires 2009-2010
Dotation en personnel			
Personnel (ETP) – Comprend hôpitaux de soins actifs, réadaptation tertiaire et hôpitaux satellites	15 096	15 253	15 037
Congés de l'hôpital des patients hospitalisés			
Congés de l'hôpital[8]	97 724	95 833	92 395
Nombre de congés pour 1 000 personnes	***131,1***	***128,2***	***123,6***
Durée totale du séjour à l'hôpital	990 178	1 001 929	1 022 849
Nombre moyen de jours par séjour à l'hôpital	10,1	10,5	11,1
Nombre de décès à l'hôpital[10]	3 851	3 910	3 877
Interventions chirurgicales			
Interventions chirurgicales[1] - Patients hospitalisés	26 231	25 523	24 837
Interventions chirurgicales[1] - Chirurgie d'un jour	42 817	43 987	45 032
Nombre total d'interventions chirurgicales	69 048	69 510	69 869
Pourcentage d'interventions chirurgicales – Patients hospitalisés	***38,0 %***	***36,7 %***	***35,5 %***
Pourcentage d'interventions chirurgicales – Chirurgie d'un jour	***62,0 %***	***63,3 %***	***64,5 %***
Obstétrique			
Nombre d'accouchements	7 254	7 397	6 649
Nombre d'accouchements pour 1 000 personnes[9]	***9,7***	***9,9***	***8,9***
Occupation des lits			
Nombre maximal de lits disponibles[2, 3, 4]	2 624	2 601	2 609
Nombre de lits utilisés le 1er avril selon les régies régionales de la santé[2, 3]	2 565	2 560	2 568
Recensement quotidien moyen[2, 3]	2 330	2 355	2 419
Occupation moyenne par jour[2, 3]	90,8 %	92,0 %	94,2 %
Nombre moyen de lits occupés par jour pour 1 000 personnes[9]	***3,1***	***3,2***	***3,2***
Nombre de visites en salle d'urgence			
Nombre de visites en salle d'urgence[5]	644 576	632 203	610 221
Nombre de visites en salle d'urgence pour 1 000 personnes[9]	***864,8***	***846,0***	***816,6***
Nombre de visites en soins ambulatoires			
Nombre de visites à la clinique externe	697 100	730 980	756 025
Nombre de visites au service de dialyse	80 838	78 082	75 312
Nombre de visites à la clinique d'oncologie	66 507	73 287	73 193
Nombre de visites en soins ambulatoires pour 1 000 personnes[9]	***935,2***	***978,2***	***1 011,7***
Tests de diagnostic			
Procédures en laboratoire (nombre de tests effectués)[6]	17 675 930	19 508 585	20 479 180
Procédures en laboratoire – Patients hospitalisés	3 660 781	4 080 580	4 297 902
Procédures en laboratoire – Patients externes	14 015 149	15 428 005	16 181 278
Pourcentage de procédures en laboratoire – Patients hospitalisés	***21 %***	***21 %***	***21 %***
Pourcentage de procédures en laboratoire – Patients externes	***79 %***	***79 %***	***79 %***
Imagerie diagnostique - Total des examens/procédures[7]	1 191 369	1 222 115	1 232 511
Examens par tomodensitogramme (tomographie par ordinateur)	138 007	145 155	148 607
Examens par IRM (imagerie par résonance magnétique)	31 759	35 026	34 711
Examens par cathétérisme cardiaque	3 769	3 801	3 875

1. Interventions chirurgicales effectuées dans le bloc opératoire principal, y compris les césariennes et la chirurgie de la cataracte effectuée en soins ambulatoires à l'hôpital régional Dr-Georges-L.-Dumont et au Moncton Hospital.
2. Comprend les lits pour soins de réadaptation immédiats et chroniques. Exclut les berceaux, les établissements d'Anciens Combattants Canada, de psychiatrie et les centres de traitement des dépendances (Centracare, Centre hospitalier Restigouche) ainsi que les patients hospitalisés en salle d'urgence.
3. Comprend deux lits pour soins palliatifs au Complexe Queens North Health.
4. Le nombre maximal de lits disponibles reflète le nombre disponible avec l'ouverture de l'hôpital de la vallée du Haut-Saint-Jean.
5. Les visites en salle d'urgence excluent les visites prévues aux cliniques tenues en salle d'urgence.
6. Les procédures de laboratoire incluent les examens dirigés vers la régie régionale de la santé par d'autres sources, mais excluent les procédures dirigées vers une source externe.
7. Les examens par imagerie diagnostique ne comprennent pas les examens effectués par le laboratoire de cathétérisme cardiaque de la Régie régionale de la santé 2.
8. Congés de l'hôpital – comprend les soins de réadaptation immédiats, chroniques, généraux et tertiaires, les établissements d'Anciens Combattants Canada et les établissements de psychiatrie.
9. Population – Le taux de 2007-2008 est basé sur les estimations démographiques de 2007 préparées par Statistique Canada en septembre 2009; les taux de 2008-2009 et de 2009 -2010 sont basés sur les estimations démographiques de 2008 préparées par Statistique Canada en septembre 2009; toutes ces estimations sont fondées sur le recensement de 2006.
10. Inclut les décès de patients qui étaient peut-être des non-résidents de la province du Nouveau-Brunswick et qui étaient hospitalisés dans un de nos établissements. Exclut les bébés mort-nés et les patients qui sont décédés dans un contexte de soins ambulatoires.
11. Les données des années précédentes ont été recalculées pour refléter les données de postvérification et les estimations démographiques rajustées.

Ten Most Frequent Diagnosis for Admissions

Fiscal Year 2009-10	Top 10 Most Responsible Diagnoses - Inpatients	Total Cases	Total Hospital Days	Average Length of Stay
1	Live born infants	*5,270*	11,556	2.2
2	Chronic obstructive lung disease	*2,796*	33,680	12.0
3	Acute myocardial infarction	*2,556*	12,722	5.0
4	Other medical care (e.g. palliative care, admitted for chemotherapy)	*2,292*	52,016	22.7
5	Pain in throat and chest	*1,840*	5,036	2.7
6	Heart failure	*1,768*	20,113	11.4
7	Perineal laceration during delivery	*1,600*	3,589	2.2
8	Pneumonia	*1,589*	12,939	8.1
9	Care involving use of rehabilitation procedures	*1,437*	61,287	42.6
10	Convalescence	*1,208*	11,048	9.1
		22,356		
	Percentage of Total Separations	*24.2%*		

Dix diagnostics les plus fréquents entraînant une admission

Exercice 2009-2010	Dix principaux diagnostics entraînant l'hospitalisation d'un patient	N^bre^ total de cas	Nombre total de jours de séjour	Durée moyenne du séjour
1	Nourrissons nés vivants	*5 270*	11 556	2,2
2	Bronchopneumopathie chronique obstructive	*2 796*	33 680	12,0
3	Infarctus aigu du myocarde	*2 556*	12 722	5,0
4	Autres soins médicaux (p. ex. :soins palliatifs, admis à des fins de chimiothérapie)	*2 292*	52 016	22,7
5	Douleur à la gorge et à la poitrine	*1 840*	5 036	2,7
6	Insuffisance cardiaque	*1 768*	20 113	11,4
7	Lacération du périnée durant l'accouchement	*1 600*	3 589	2,2
8	Pneumonie	*1 589*	12 939	8,1
9	Soins nécessitant des processus de réadaptation	*1 437*	61 287	42,6
10	Convalescence	*1 208*	11 048	9,1
		22 356		
	Pourcentage du total de congés de l'hôpital	*24,2 %*		

Ten Most Frequent Surgeries for Admitted Patients

Fiscal Year 2009-10	Top 10 Surgical Episodes - Inpatients	Total Cases
1	Cesarean sections	*2,087*
2	Excision total, uterus (hysterectomy)	*1,228*
3	Implantation of prosthesis - knee joint (knee replacement)	*1,165*
4	Excision total, gallbladder (cholecystectomy)	*1,024*
5	Implantation of prosthesis - hip joint (hip replacement)	*1,000*
6	Excision total, appendix (appendectomy)	*765*
7	Repair, muscles of the chest and abdomen (hernia)	*537*
8	Excision partial, prostate (prostatectomy)	*529*
9	Bypass, coronary arteries (CABG)	*511*
10	Excision partial, large intestine (colectomy)	*475*
		9,321
	Percentage of Total Surgical Episodes – In-patients	*37.5%*

Dix chirurgies les plus fréquentes pour les patients admis

Exercice 2009-2010	Dix principales interventions chirurgicales - Patients hospitalisés	N^bre total de cas
1	Césarienne	*2 087*
2	Excision totale, utérus (hystérectomie)	*1 228*
3	Implant d'une prothèse – articulation du genou (arthroplastie du genou)	*1 165*
4	Excision totale, vésicule biliaire (cholécystectomie)	*1 024*
5	Implant d'une prothèse – articulation de la hanche (arthroplastie de la hanche)	*1 000*
6	Excision totale, appendice (appendicectomie)	*765*
7	Réparation, muscles de la cage thoracique et de l'abdomen (hernie)	*537*
8	Excision partielle, prostate (prostatectomie)	*529*
9	Pontage aortocoronarien, artères coronariennes (PASP)	*511*
10	Excision partielle, gros intestin (colectomie)	*475*
		9 321
	Pourcentage du nombre total d'interventions chirurgicales – Patients hospitalisés	*37,5 %*

Ten Most Frequent Surgeries in Day Surgery

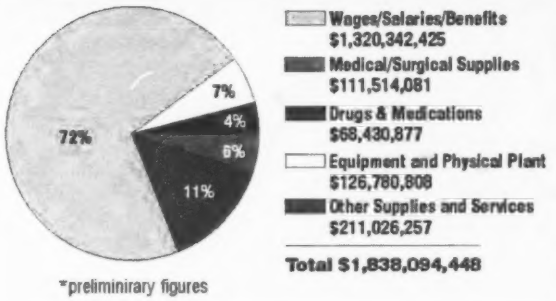
Fiscal Year 2009-10	Top 10 Surgical Episodes - Inpatients	Total Cases
1	Excision total, lens (cataract surgery)	*9,718*
2	Inspection bladder (cystoscopy)	*3,551*
3	Repair, muscles of the chest and abdomen (hernia repair)	*2,025*
4	Excision total, gallbladder (cholecystectomy)	*1,193*
5	Implantation of tubes - tympanic membrane	*1,105*
6	Repair, knee joint	*1,059*
7	Excision partial, uterus (dilation & curettage)	*950*
8	Restoration, tooth	*843*
9	Excision partial, breast	*808*
10	Release, nerve(s) of forearm & wrist (carpal tunnel)	*766*
		22,018
	Percentage of Total Surgical Episodes - Day surgery	*48.9%*

Dix chirurgies les plus fréquentes – Chirurgie d'un jour

Exercice 2009-2010	Dix principales interventions chirurgicales – Chirurgie d'un jour	N^bre total de cas
1	Excision totale, cristallin (chirurgie de la cataracte)	*9 718*
2	Examen de la vessie (cystoscopie)	*3 551*
3	Réparation, muscles de la cage thoracique et de l'abdomen (réparation d'une hernie)	*2 025*
4	Excision totale, vésicule biliaire (cholécystectomie)	*1 193*
5	Insertion de tubes - membrane tympanique	*1 105*
6	Arthroplastie – genou	*1 059*
7	Excision totale, utérus (dilatation et curetage)	*950*
8	Restauration - dent	*843*
9	Excision partielle - sein	*808*
10	Libération, nerf ou nerfs de l'avant-bras et du poignet (canal carpien)	*766*
		22 018
	Pourcentage du nombre total d'interventions chirurgicales – Chirurgie d'un jour	*48,9 %*

Total hospital related expenditures incurred by regional health authorities for 2009-2010 exceeded $1.8 billion. The following table depicts the overall distribution of expenditures relative to compensation, medical and surgical supplies, drugs, small equipment and other.

Distribution of RHA expenditures 2009-10* (includes Facilicorp)



*preliminirary figures

Cardiac Care Program

During 2009-10, the provincial Cardiac Services Advisory Committee continued to fulfil its role, reviewing and advising on issues related to program development, quality improvement, access and efficiency of service delivery. Highlights include:

- Ongoing monitoring and reporting of both inpatient and outpatient wait times for access to Cardiac Catheterization and cardiac surgery.
- Increased volume of cardiac surgery cases to address prolonged wait time for access to cardiac surgical procedures.

Mobile Lithotripsy Services

Lithotripsy is an effective non-surgical procedure to disintegrate renal calculi (kidney stones). It may be used as a preventive measure as well as an urgent intervention. Providing timely intervention with lithotripsy when renal calculi are first diagnosed can prevent visits to the emergency room and more invasive and costly surgical procedures.

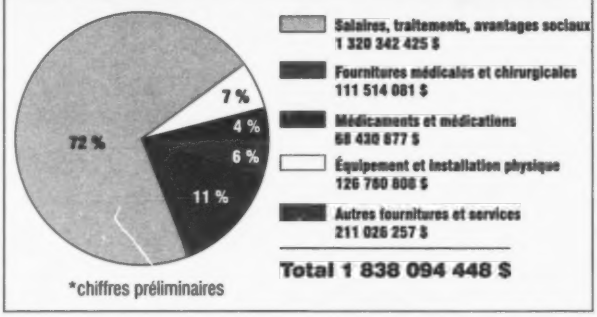
A mobile lithotripsy service has operated in New Brunswick since 1994. The equipment and technical support is provided by a third party private contractor. Continuing this partnership, this treatment is now provided by urologists in all zones of the province.

Dialysis Services

- Currently there are four hemodialysis units in New Brunswick. These are located in Moncton (Dr. Georges L. Dumont Hospital), Saint John, Edmundston and Bathurst. In addition, there are six satellite dialysis units located in Miramichi, Sussex, Fredericton, Upper River Valley, Tracadie and Dalhousie.
- In March 2010, the satellite dialysis unit at the Upper River Valley Hospital expanded their hours of operation to six days a week up from three days per week in order to accommodate growing patient volume.

Les dépenses totales en soins hospitaliers engagées par les régies régionales de la santé et Facilicorp en 2009-2010 se chiffraient à près de 1,8 milliard de dollars. Le tableau suivant présente la répartition globale des dépenses relatives à la rémunération, aux fournitures médicales et chirurgicales, aux médicaments, aux petits équipements et autres.

Répartition des dépenses des RRS 2009-2010* (y compris Facilicorp)



*chiffres préliminaires

Programme de soins cardiaques

En 2009-2010, le Comité consultatif provincial sur les services cardiaques a continué d'exercer son rôle, en examinant les enjeux relatifs à l'élaboration des programmes, à l'amélioration de la qualité, à l'accès et à l'efficacité de la prestation des services et en prodiguant des conseils à ces égards. Voici les faits saillants :

- Surveillance et déclaration continues des délais d'attente concernant l'accès au cathétérisme et la chirurgie cardiaques pour les patients hospitalisés et les patients en clinique externe.
- Hausse du volume de cas de chirurgie cardiaque pour s'occuper de la prolongation des délais d'attente relatifs à l'accès aux procédures chirurgicales cardiaques.

Services mobiles de lithotritie

La lithotritie est une intervention non-chirurgicale efficace pour désintégrer les calculs rénaux. On peut l'utiliser comme mesure préventive ainsi que comme intervention urgente. Lorsque l'intervention est effectuée à temps au moment du premier diagnostic de calculs rénaux, le patient peut éviter de visiter la salle d'urgence ainsi que des interventions chirurgicales plus coûteuses et plus effractives.

Un service mobile de lithotripsie fonctionne au Nouveau-Brunswick depuis 1994. L'équipement et le soutien technique sont offerts par une tierce entreprise privée. En poursuivant ce partenariat, ce traitement est maintenant offert par les urologues dans toutes les zones de la province.

Services de dialyse

- Actuellement, le Nouveau-Brunswick compte quatre services d'hémodialyse. Ils se situent à Moncton (hôpital régional Dr-Georges-L.-Dumont), à Saint John, à Edmundston et à Bathurst. En outre, il y a six services satellites de dialyse situés à Miramichi, à Sussex, à Fredericton, dans la vallée du Haut-Saint-Jean, à Tracadie et à Dalhousie.
- En mars 2010, l'unité satellite de dialyse de l'hôpital de la vallée du Haut-Saint-Jean a prolongé ses heures d'ouverture en passant de trois à six jours par semaine, afin d'accommoder le volume croissant de patients.

Provincial Phenylketonuria (PKU) Case Management Service

Since 2005-06, a provincial Phenylketonuria (PKU) Case Management Service Team is in place at the Dr. Georges-L.-Dumont Regional Hospital in Moncton. Until then, New Brunswick residents who had this condition were followed by a team in Nova Scotia.

On April 1, 2008, the PKU team became the new service provider for PKU medical formulas and specialized nutritional foods. The PKU team also started managing the ordering and delivery of specimen collection cards and prepaid special envelopes for their patients.

PKU is an inborn error of metabolism which prevents the appropriate metabolism of phenylalanine, one of protein's building blocks, and thus builds up in the blood (hyperphenylalaninemia) and leads to severe neurological disorders such as delayed brain development. A strict diet from birth will prevent irreversible brain damage.

The multidisciplinary team at the Dumont Hospital provides comprehensive and consistent province wide, day-to-day treatment to all PKU clients and milder cases of hyperphenylalaninemia. Besides providing services out of Dumont Hospital and at regional outreach clinics, this on-going care involves telephone counseling and home visitation as necessary.

The multidisciplinary team consists of one pediatrician, a family physician, a dietitian, a nurse, a psychologist, a social worker, a program coordinator and administrative support staff. An endocrinologist and a gynecologist also provide consultation as needed.

In 2009-10, six cases of hyperphenylalaninemia who had remained under the care of a New Brunswick physician were officially transferred to the PKU team. Efforts targeted preparing for the April 2011 added mandate of the coordination of initial follow-up and long-term care for all newborn screening disorders, with the exception of CH; organizing a day-education session in collaboration with the Canadian PKU and Allied Disorders Inc. for patients and their families; coordinating the development of a list of medications with their phenylalanine content for the use of the PKU clinic and families; revising the low phenylalanine food list for patients to incorporate new acceptable products on the market; giving education sessions to some schools, Social Development and nursing home personnel; maintaining competencies by attending relevant information sessions, a symposium and a conference; organizing a fourth annual picnic to encourage communication between the PKU families and to foster a sense of "belonging"; publishing twice a year, a newsletter with information for PKU families; revising the protocol for a newborn newly diagnosed with PKU; negotiating with National Foods to allow patients to coordinate the purchase of special foods not covered by the Department of Health with the PKU Clinic's orders and eliminating the minimum charge to each patient of $150 per order; conducting a patient satisfaction survey with results to be available in the next fiscal year.

Service provincial de gestion de la phénylcétonurie (PCU)

Depuis 2005-2006, un nouveau service de gestion provincial de la phénylcétonurie (PCU) est en place à l'hôpital régional Dr-Georges-L.-Dumont, à Moncton. Jusqu'alors, les résidents du Nouveau-Brunswick touchés par cet état pathologique étaient suivis par une équipe en Nouvelle-Écosse.

Le 1er avril 2008, l'équipe de la phénylcétonurie est devenue le nouveau fournisseur de services pour les préparations médicales et les aliments nutritionnels spéciaux en cas de phénylcétonurie. L'équipe de la phénylcétonurie a aussi commencé à gérer la commande et la livraison de cartes de prélèvement des échantillons et d'enveloppes spéciales pré-payées pour leurs patients.

La phénylcétonurie est une erreur innée du métabolisme qui empêche la métabolisation appropriée de la phénylalanine, un des éléments constitutifs de la protéine, qui s'accumule dans le sang (hyperphénylalaninémie), entraînant ainsi des troubles neurologiques graves, comme un retard de développement du cerveau. Un régime alimentaire strict dès la naissance préviendra des dommages irréversibles au cerveau.

L'équipe multidisciplinaire de l'hôpital Dr-Georges-L.-Dumont offre un traitement quotidien complet et continu à l'échelle provinciale à tous les patients atteints de la phénylcétonurie et à tous ceux atteints d'une forme plus légère d'hyperphénylalaninémie. Outre les services à l'hôpital et dans les cliniques régionales, ces soins continus comprennent les visites à domicile et le counseling par téléphone au besoin.

L'équipe multidisciplinaire en place est composée d'un pédiatre, d'un médecin de famille, d'un diététiste, d'une infirmière, d'un psychologue, d'un travailleur social, d'un coordonnateur de programme et du personnel de soutien administratif. Un endocrinologue et un gynécologue offrent également des services de consultation au besoin.

En 2009-2010, six cas d'hyperphénylalaninémie qui étaient suivis par un médecin du Nouveau-Brunswick ont été officiellement transférés à l'équipe de la phénylcétonurie. Les efforts ciblaient les points suivants : la préparation de l'ajout au mandat d'avril 2011 de la coordination des soins initiaux de suivi et à long terme pour tous les dépistages des troubles chez les nouveau-nés, à l'exception de la thyroïde congénitale (CH); l'organisation d'une séance de formation d'un jour en collaboration avec la phénylcétonurie canadienne et Allied Disorders Inc. pour les patients et leurs familles; la coordination de l'élaboration d'une liste de médicaments avec leur teneur en phénylalanine pour l'utilisation de la clinique de phénylcétonurie et des familles de personnes atteintes de la phénylcétonurie; la révision de la liste d'aliments à faible teneur en phénylalanine pour les patients afin d'intégrer de nouveaux produits acceptables sur le marché; l'organisation de séances d'information adressées au personnel de certaines écoles, du ministère du Développement social et des foyers de soins; le maintien des compétences par la participation à des séances d'information pertinentes; un symposium et une conférence; l'organisation d'un quatrième pique-nique annuel pour encourager la communication entre les familles des personnes atteintes de phénylcétonurie et favoriser un sentiment d'« appartenance »; la publication deux fois par an d'une lettre d'information contenant des renseignements destinés aux familles des personnes atteintes de phénylcétonurie; la révision du protocole relatif à un nouveau-né pour lequel on vient d'établir un diagnostic de phénylcétonurie; la négociation avec National Foods pour permettre aux patients de coordonner l'achat d'aliments spéciaux non visés par le ministère

Ninety-two New Brunswick residents have PKU and 11 have milder hyperphenylalaninemia. The PKU team's efforts to encourage individuals who were previously untreated, late-treated or who had abandoned treatment to initiate or return to treatment are continuing to pay off since during the year, another 10 individuals initiated/returned to active treatment.

Surgical Access Management

The principles of surgical access management include fairness, appropriateness and certainty with the goal of ensuring New Brunswickers have timely access to surgical services.

Patients and health care providers are concerned about wait times for surgery. New Brunswick has valid and reliable wait time information to help determine where problems exist, how serious they are and what to do about them. How long a patient waits depends predominantly on his or her surgeon, the resources a hospital has available, and whether emergencies occur. The provincial surgical access registry supplies the necessary information for the regional health authorities to measure, monitor and manage surgical access.

Waiting happens when the demand for a service cannot be met immediately. This becomes a cause for concern if waiting goes beyond a clinically appropriate amount of time and starts to affect a person's health, social and/or economic well being.

The surgical access management strategy in New Brunswick is well underway. It involves a number of solutions to improve access and reduce waiting times. Recognizing that waiting can occur at many points along the path of care, the strategy focuses on the time from when the decision is made to proceed with surgery and the surgical request has been received by OR booking/scheduling at the respective facility, to when the surgery is performed.

The provincial surgical access registry was implemented throughout 2007; wait time data has been utilized across the province since January 2008. The wait time data is utilized by surgeons and surgical programs to improve wait times for patients. Uses include - scheduling patients for surgery, allocating operating room time to surgeons, and answering patient's questions on their wait time.

de la Santé avec les commandes de la clinique de phénylcétonurie et l'élimination des frais minimaux de 150 $ par commande pour chaque patient; la réalisation d'une enquête de satisfaction auprès des patients dont les résultats seront disponibles au cours du prochain exercice financier.

Quatre-vingt-douze résidents du Nouveau-Brunswick ont reçu un diagnostic de la phénylcétonurie. Onze d'entre eux sont atteints d'une forme plus légère d'hyperphénylalaninémie. Les efforts de l'équipe de la phénylcétonurie visant à encourager le début ou la reprise d'un traitement par des personnes non traitées auparavant, traitées tardivement ou qui avaient abandonné leur traitement continuent à être payants, étant donné que pendant l'année, dix autres personnes ont commencé ou repris un traitement actif.

Gestion de l'accès aux services de chirurgie

Les principes de la gestion de l'accès aux services de chirurgie sont l'équité, la pertinence et la certitude dans l'objectif d'assurer à la population du Nouveau-Brunswick l'accès opportun à des services de chirurgie.

Les patients et les prestataires de soins de santé sont préoccupés par les délais d'attente pour une chirurgie. Le Nouveau-Brunswick dispose de renseignements valables et fiables quant aux délais d'attente, afin de pouvoir déterminer où se situent les problèmes, leur degré de gravité et les solutions à y apporter. Les délais d'attente d'un patient dépendent principalement de son chirurgien, des ressources dont dispose un hôpital, ainsi que des cas d'urgence. Le registre provincial d'accès aux soins chirurgicaux fournit les renseignements nécessaires aux régies régionales de la santé, qui peuvent ainsi mesurer, contrôler et gérer l'accès aux soins chirurgicaux.

L'attente se produit lorsque la demande relative à un service ne peut être satisfaite dans l'immédiat. Cette attente devient une source de préoccupation si elle dépasse un délai approprié du point de vue clinique et qu'elle commence à détériorer la santé et le bien-être social ou économique d'une personne.

La stratégie de gestion de l'accès aux services chirurgicaux au Nouveau-Brunswick va bon train. Elle comporte plusieurs solutions pour améliorer l'accès et réduire les délais d'attente. Étant donné que l'attente peut survenir à de nombreux stades dans l'accès aux soins, la stratégie couvre la période entre le moment où on décide d'effectuer la chirurgie et où la demande de chirurgie est reçue par le bureau de réservation ou de planification de la salle d'opération de l'établissement en question et le moment où la chirurgie est effectuée.

Le registre d'accès aux soins chirurgicaux a été mis en œuvre au cours de l'année 2007; les données liées aux délais d'attente sont utilisées dans l'ensemble de la province depuis janvier 2008. Les données liées aux délais d'attente sont utilisées par les chirurgiens et les programmes chirurgicaux pour améliorer ces délais pour les patients. On les utilise pour fixer les rendez-vous des patients qui doivent subir une intervention chirurgicale, réserver la salle d'opération pour les chirurgiens et répondre aux questions des patients sur leurs délais d'attente.

The surgical teams at each facility actively working to reduce individual patient wait times and to achieve the targets established for December 2010. There have been continuous improvements. Notable changes from April 1, 2009 to March 31, 2010 include (please see Appendix A for complete Surgical Wait Time Trends and Targets for New Brunswick):

- 25 per cent reduction in the number of surgeries waiting longer than 12 months (1,092 to 817)
- 7 per cent reduction in the median number of days waiting for surgery (61 to 57 days)
- the median number of days waiting for cancer surgery had some fluctuation throughout the year, however the median is the same as this time last year (14 days)

Factors that have contributed to the success of the surgical access management initiative include the following:

- **Improved efficiencies**: Almost all of the recommendations from the provincial surgery operational review have been implemented. The remaining ones not implemented are comprised of technology changes including a provincial perioperative system and a provincial instrument tracking system. The goal of the review has been to improve efficiencies thereby increasing access to surgery.
- **Stakeholder engagement**: The organizational structure of the New Brunswick Surgical Care Network [NBSCN] has promoted stakeholder engagement and communication across surgical programs. The NBSCN includes an Advisory Committee that reports to the Deputy Minister of Health. This committee is responsible for the planning and management of surgical services in New Brunswick; standards development and performance monitoring; and communication and public awareness. There are two subcommittees, the Surgical Services Committee which is responsible for all issues related to the provision of surgical services in the province, and the Registry Operations Committee which is responsible for issues related to the provincial surgical access registry.
- **Communication**: The access manager at each regional hospital is an important resource for patients waiting for surgery; they are able to address concerns and to provide information. The access managers work with the surgical team and senior management in their respective zones toward continuous improvement of surgical access. The coordinates to contact each access management office are on the Surgery New Brunswick public website.
- **Wait time targets**: Establishing annual targets for surgical wait time has clearly identified what the expected achievement is and has indicated that the facilities are accountable for reaching these targets.

Les équipes chirurgicales de chaque établissement travaillent activement pour réduire les délais d'attente de chaque patient et atteindre les cibles établies pour décembre 2010. Des améliorations continues ont été enregistrées. Voici les changements notables relevés entre le 1er avril 2009 et le 31 mars 2010 (prière de consulter l'annexe A, intitulée Tendances et cibles relatives aux délais d'attente pour les interventions chirurgicales au Nouveau-Brunswick) :

- une réduction de 25 pour cent du nombre d'interventions dont le délai d'attente est supérieur à 12 mois (de 1 092 à 817);
- une réduction de 7 pour cent du nombre médian de jours d'attente pour une chirurgie (de 61 à 57 jours);
- le nombre médian de jours d'attente pour une chirurgie du cancer a connu certaines fluctuations durant l'année; cependant, le nombre médian est le même que celui de l'année dernière à cette époque (14 jours).

Les facteurs qui ont contribué à la réussite de l'initiative de gestion de l'accès aux services chirurgicaux sont les suivants :

- **Efficacité accrue** : Presque toutes les recommandations issues de l'examen provincial des activités de chirurgie ont été mises en œuvre. Les recommandations restantes qui n'ont pas encore été mises en œuvre visent des changements technologiques, notamment un système préopératoire provincial et un système provincial de repérage des instruments. L'objectif de l'examen était une amélioration de l'efficacité, et donc une amélioration de l'accès à la chirurgie.
- **Engagement des intervenants** : La structure organisationnelle du Réseau de soins chirurgicaux du Nouveau-Brunswick (RSCNB) a encouragé l'engagement des intervenants et la communication dans les programmes de chirurgie. Le Réseau de soins chirurgicaux du Nouveau-Brunswick comprend un comité consultatif qui produit des rapports à l'intention du sous-ministre de la Santé. Ce comité est chargé de la planification et de la gestion des services chirurgicaux au Nouveau-Brunswick, de l'élaboration des normes et du suivi du rendement, de la communication et de la sensibilisation du public. Il y a deux sous-comités : le Comité des services chirurgicaux, qui est responsable de toutes les questions relatives à la prestation des services chirurgicaux dans la province, et le Comité des opérations du registre provincial d'accès aux soins chirurgicaux, qui est responsable des questions liées au registre provincial d'accès aux soins chirurgicaux.
- **Communication** : Le gestionnaire de l'accès de chaque hôpital régional est une ressource importante pour les patients qui attendent une intervention. Il est en mesure de traiter les préoccupations et de fournir des renseignements. Les gestionnaires de l'accès travaillent avec l'équipe de chirurgie et la haute direction dans leurs zones respectives vers une amélioration continue de l'accès aux soins chirurgicaux. Les coordonnées des personnes-ressources de chaque bureau de gestion de l'accès se trouvent sur le site Web public de Chirurgie Nouveau-Brunswick.
- **Cibles en matière de délais d'attente** : L'établissement de cibles annuelles relatives aux délais d'attente pour une chirurgie a clairement défini la réalisation prévue et a indiqué que les installations sont responsables de l'atteinte de ces cibles.

- **Accountability**: There is an OR governance structure within each surgical program that is focused on the perioperative components of their respective surgery program. Each governance structure has accountabilities that are patient centered and focus on collaboration, cooperation, compliance and accountability.
- **Patient preparedness**: A standardized provincial approach for pre-operative screening was implemented throughout 2008. One hundred per cent of patients scheduled for surgery are now screened by pre-operative screening nurses in advance of their surgical date. Each patient is prepared for their surgery with teaching and diagnostic testing based on their individual needs. The nurses utilize the information that the patient provides on their pre-operative screening questionnaire and the clinical algorithm that was developed by anesthesiologists from across the province. The provincial pre-operative screening questionnaire is available on the Surgery New Brunswick public website; patients can complete and print this questionnaire to take to the visit with their surgeon.
- **Transparency**: The Surgery New Brunswick public website www.surgerynewbrunswick.ca is updated on a quarterly basis from the provincial surgical access registry. Visitors to the site can select the wait time data they would like to view. The public website has reports that display wait time for surgery in the following ways: provincially; by each of the 16 hospitals; 12 surgical specialties; 13 high volume surgical procedures; nine high volume cancer surgeries; and has the progress for the 2010 New Brunswick wait time targets.

- **Responsabilisation** : Une structure de gouvernance des salles d'urgence est en place au sein de chaque programme de chirurgie; elle est axée sur les composantes préopératoires des programmes de chirurgie respectifs. Chaque structure de gouvernance a des responsabilités qui sont axés sur le patient ainsi que sur la collaboration, la coopération, la conformité et la responsabilisation.
- **Préparation des patients** : Une approche provinciale normalisée pour l'examen préopératoire a été mise en œuvre en 2008. Tous les patients (100 pour cent) qui doivent subir une chirurgie sont maintenant examinés par des infirmières en soins préopératoires avant la date de leur intervention chirurgicale. Chaque patient est préparé en fonction de son intervention; la formation et les épreuves diagnostiques relatives à cette préparation sont basées sur ses besoins individuels. Les infirmières utilisent les renseignements fournis par le patient dans son questionnaire d'examen préopératoire et l'algorithme clinique établi par des anesthésistes venant de toute la province. Le questionnaire provincial d'examen préopératoire est mis à la disposition des patients sur le site Web public de Chirurgie Nouveau-Brunswick; les patients peuvent remplir et imprimer ce questionnaire et l'apporter au moment de leur visite chez le chirurgien.
- **Transparence** : Le site Web public de Chirurgie Nouveau-Brunswick www.chirurgieNouveau-Brunswick.ca est mis à jour tous les trois mois à partir du registre provincial d'accès aux soins chirurgicaux. Les visiteurs au site peuvent sélectionner les données sur les temps d'attente qu'ils veulent voir. Le site Web public contient des rapports qui affichent les délais d'attente à l'échelle provinciale pour chacun des 16 hôpitaux, chacune des 12 spécialités chirurgicales, chacune des 13 interventions chirurgicales les plus pratiquées et chacune des neuf chirurgies du cancer les plus pratiquées. Il fait état de la progression par rapport aux cibles pour 2010 en matière de délais d'attente au Nouveau-Brunswick.

Appendix A: Surgical Wait Time Trends and Targets for New Brunswick

Annexe A : Tendances et cibles relatives aux délais d'attente pour les interventions chirurgicales au Nouveau-Brunswick

Surgical Volumes

Number of Surgeries	Jan to Mar 2009	Apr to Jun 2009	Jul to Sept 2009	Oct to Dec 2009	Jan to Mar 2010	% change from Mar/09 to Mar/10
Surgeries Waiting	14,554	14,665	15,413	15,011	14,402	-1%
Surgeries Completed	15,152	15,223	12,838	14,889	15,500	2%
Surgeries Waiting > 12 Months	**Mar 31, 2009**	**Jun 30, 2009**	**Sep 30, 2009**	**Dec 31, 2009**	**Mar 31, 2010**	**% change from Mar/09 to Mar/10**
Waiting between 12 and 18 months	514	546	571	488	531	3%
Waiting longer than 18 months	578	392	380	332	286	-51%
Total waiting longer than 12 months	1,092	938	951	820	817	-25%

Volumes de chirurgies

Nombre de chirurgies	De janv. à mars 2009	D'avr. à juin 2009	De juill. à sept. 2009	D'oct. à déc. 2009	De janv. à mars 2010	% de changement de mars 2009 à mars 2010
Chirurgies en attente	14 554	14 665	15 413	15 011	14 402	-1 %
Chirurgies terminées	15 152	15 223	12 838	14 889	15 500	2 %
Délai de chirurgies > 12 mois	**31 mars 2009**	**30 juin 2009**	**30 sept. 2009**	**31 déc. 2009**	**31 mars 2010**	**% de changement de mars 2009 à mars 2010**
Entre 12 et 18 mois d'attente	514	546	571	488	531	3 %
Plus de 18 mois d'attente	578	392	380	332	286	-51 %
Plus de 12 mois d'attente au total	1 092	938	951	820	817	-25 %

Wait Time Trending

All Surgeries Waiting	Mar 31, 2009	Jun 30, 2009	Sep 30, 2009	Dec 31, 2009	Mar 31, 2010	% change from Mar/09 to Mar/10
Median wait in days	61	48	63	59	57	-7%
90th Percentile wait in days	337	292	297	286	287	-15%

Cancer Surgeries Waiting	Mar 31, 2009	Jun 30, 2009	Sep 30, 2009	Dec 31, 2009	Mar 31, 2010	% change from Mar/09 to Mar/10
Median wait in days	14	13	14	20	14	0%
90th Percentile wait in days	61	60	61	66	63	3%

Tendances liées aux délais d'attente

Toutes les chirurgies en attente	31 mars 2009	30 juin 2009	30 sept. 2009	31 déc. 2009	31 mars 2010	% de changement de mars 2009 à mars 2010
Temps d'attente médian en jour	61	48	63	59	57	-7 %
Délais d'attente du 90e percentile en jours	337	292	297	286	287	-15 %

Chirurgies du cancer en attente	31 mars 2009	30 juin 2009	30 sept. 2009	31 déc. 2009	31 mars 2010	% de changement de mars 2009 à mars 2010
Temps d'attente médian en jour	14	13	14	20	14	0 %
Délais d'attente du 90e percentile en jours	61	60	61	66	63	3 %

Wait Time Targets

NB Clinical Acuity Model Wait Time Targets

Surgeries Completed	Jan to Mar 2009	Apr to Jun 2009	Jul to Sept 2009	Oct to Dec 2009	Jan to Mar 2010	2010 Target
Category 1 (within 3 weeks)	60 %	65 %	62 %	65 %	63 %	85%
Category 2 (within 6 weeks)	62 %	68 %	63 %	68 %	64 %	80%
Category 3 (within 3 months)	68 %	71 %	70 %	68 %	68 %	80%
Category 4 (within 12 months)	97 %	97 %	98 %	98 %	98 %	90%
Surgeries Completed within 18 months	99 %	99 %	99 %	99 %	-	
Surgeries Completed within 15 months	-	-	-	-	99 %	100%
All Cancer Surgeries within 6 weeks	84 %	88 %	82 %	90 %	89 %	
All Cancer Surgeries within 3 months	-	-	-	-	100 %	

Pan-Canadian Benchmark Targets

Pan-Canadian Benchmark Procedures Completed	Jan to Mar 2009	Apr to Jun 2009	Jul to Sept 2009	Oct to Dec 2009	Jan to Mar 2010	2010 Target
Total Hip Replacement Surgery (26 weeks)	67%	75%	77%	82%	80%	80%
Knee Replacement Surgery (26 weeks)	57%	60%	67%	59%	60%	70%
High-Risk Cataract Surgery (16 weeks)	80%	83%	84%	85%	84%	90%
Coronary Artery Bypass Graft Surgery - Level 1 (2 weeks)	77%	80%	83%	88%	78%	90%
Coronary Artery Bypass Graft Surgery - Level 2 (2-6 weeks)	39%	37%	55%	60%	74%	75%
Coronary Artery Bypass Graft Surgery - Level 3 (6-26 weeks)	0% (1 surgery)	No surgeries performed	100% (1 surgery)	No surgeries performed	100%	100%
*Hip Fracture Fixation (48 hours)	92%	80%	87%	77%	n/a	

Timeframes in which a patient was not available to have surgery have been excluded from the wait time calculations.
Emergency surgeries have been excluded.
*Data for hip fracture fixation are obtained from the CIHI Discharge Abstract Database (DAD).

Report finalized on April 26, 2010
Source: NB Surgical Access Registry

Cibles en matière de délais d'attente

Cibles en matière de délais d'attente du modèle d'acuité clinique du Nouveau-Brunswick

Chirurgies terminées	De janv. à mars 2009	D'avr. à juin 2009	De juill. à sept. 2009	D'oct. à déc. 2009	De janv. à mars 2010	Cible pour 2010
Catégorie 1 (dans un délai de 3 semaines)	60 %	65 %	62 %	65 %	63 %	85 %
Catégorie 2 (dans un délai de 6 semaines)	62 %	68 %	63 %	68 %	64 %	80 %
Catégorie 3 (dans un délai de 3 mois)	68 %	71 %	70 %	68 %	68 %	80 %
Catégorie 4 (dans un délai de 12 mois)	97 %	97 %	98 %	98 %	98 %	90 %
Chirurgies terminées dans un délai de 18 mois	99 %	99 %	99 %	99 %	-	
Chirurgies terminées dans un délai de 15 mois	-	-	-	-	99 %	100 %
Toutes les chirurgies du cancer terminées dans un délai de 6 semaines	84 %	88 %	82 %	90 %	89 %	
Toutes les chirurgies du cancer terminées dans un délai de 3 mois	-	-	-	-	100 %	

Cibles de référence pancanadiennes

Interventions terminées par rapport aux points de référence pancanadiens	De janv. à mars 2009	D'avr. à juin 2009	De juill. à sept. 2009	D'oct. à déc. 2009	De janv. à mars 2010	Cible pour 2010
Arthroplastie totale de la hanche - (26 semaines)	67 %	75 %	77 %	82 %	80 %	80 %
Arthroplastie du genou - (26 semaines)	57 %	60 %	67 %	59 %	60 %	70 %
Chirurgie de la cataracte à risque élevé - (16 semaines)	80 %	83 %	84 %	85 %	84 %	90 %
Pontage aortocoronarien par greffe - Niveau 1 (2 semaines)	77 %	80 %	83 %	88 %	78 %	90 %
Pontage aortocoronarien par greffe - Niveau 2 (de 2 à 6 semaines)	39 %	37 %	55 %	60 %	74 %	75 %
Pontage aortocoronarien par greffe - Niveau 3 (de 6 à 26 semaines)	0 % (1 chirurgie)	Aucune chirurgie réalisée	100 % (1 chirurgie)	Aucune chirurgie réalisée	100 %	100 %
*Réparation d'une fracture de la hanche (48 heures)	92 %	80 %	87 %	77 %	s.o.	

Les périodes au cours desquelles un patient n'était pas disponible pour son intervention ont été exclues des calculs des délais d'attente.
Les chirurgies d'urgence ont été exclues.
*Les données relatives aux réparations d'une fracture de la hanche proviennent de la base de données sur les congés des patients (BDCP) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

Rapport finalisé le 26 avril 2010
Source : Registre provincial de l'accès aux soins chirurgicaux du Nouveau-Brunswick.

Metabolic/Genetic Newborn Screening Service

In March 2007 metabolic/genetic newborn screening services were expanded.

In addition to the current testing for Phenylketonuria (PKU) and Congenital Hypothyroid (CH), New Brunswick newborns are now screened for the following metabolic and genetic disorders:

- Medium Chain acyl-CoA Dehydrogenase Deficiency (MCAD)
- Carnitine Reuptake Deficiency (CUD)
- Carnitinepalmitoyl Transferase Type I and II (CPTI and CPTII)
- Carnitinepalmitoyl Translocase Deficiency (CTL)
- Glutaric Acidemia Type I and II (GAI and GAII)
- Isovaleric Acidemia (IVA)
- Long Chain Hydroxy acyl-CoA Dehydrogenase Deficiency (LCHAD)
- Maple Syrup Urine Disease (MSUD)
- Very Long Chain acyl-CoA Dehydrogenase Deficiency (VLCAD)

The provincial metabolic/genetic newborn screening services involves the following: screening, tracking, positive test result confirmation, notification of confirmed positive test results to physicians and monitoring through a provincial computerized database.

In 2009-10 the service screened a total of 7,482 newborns. From this total, the following positive disorders were confirmed:

- Five Phenylketonuria (PKU)
- One Congenital Hypothyroid (CH)
- Two Medium Chain acyl-CoA Dehydrogenase Deficiency (MCAD)

With early detection of disorder(s), the physician or specialized team can promptly initiate treatment to avoid complications and prevent irreversible health problems, developmental disabilities or death.

The New Brunswick Neonatal Screening Advisory Group (NBNSAG) was established in June 2006 to support the Department of Health on matters relating to metabolic/genetic newborn screening.

Universal Newborn Infant Hearing Screening Program

New Brunswick was one of the original Canadian jurisdictions to establish a program for universal newborn and infant hearing screening. The New Brunswick Universal Newborn and Infant Hearing Screening Program (UNIHSP) involve the following: screening; diagnosis by three months of age; intervention by appropriate service providers; and monitoring through a computerized database.

Service de dépistage des troubles métaboliques et génétiques chez les nouveau-nés

En mars 2007, le service de dépistage de troubles métaboliques et génétiques chez les nouveau-nés a été élargi.

En plus des tests actuels de dépistage de la phénylcétonurie (PCU) et de la thyroïde congénitale (CH), les nouveau-nés du Nouveau-Brunswick sont maintenant examinés pour déceler les troubles métaboliques et génétiques suivants :

- le déficit en acyl-coA déshydrogénase à chaîne moyenne (MCAD);
- le déficit en carnitine;
- la carnitine palmitoyl transférase de type I et II (CPTI et CPTII);
- le déficit en carnitine palmitoyl translocase (CTL);
- l'acidémie glutarique de type I et II (GAI et GAII);
- l'acidémie isovalérique;
- le déficit en acyl-coA déshydrogénase des acides gras à chaîne longue (LCHAD);
- la leucinose ou maladie du sirop d'érable (MSUD);
- le déficit en acyl-coA déshydrogénase des acides gras à très longue chaîne (VLCAD).

Le service provincial de dépistage des troubles métaboliques et génétiques chez les nouveau-nés comprend les composantes suivantes : dépistage, suivi, confirmation des résultats de tests positifs, avis des résultats de tests positifs confirmés aux médecins et surveillance au moyen d'une base de données informatisée provinciale.

En 2009-2010, le service a effectué des dépistages sur un total de 7 482 nouveau-nés. De ce total, un dépistage positif des troubles suivants a été confirmé :

- cinq cas de phénylcétonurie (PCU);
- un cas de thyroïde congénitale (CH);
- deux cas de déficit en acyl-coA déshydrogénase à chaîne moyenne (MCAD).

Grâce au dépistage précoce, le médecin ou l'équipe spécialisée peut entreprendre le traitement immédiatement pour prévenir les complications et des problèmes de santé irréversibles, des déficiences développementales ou la mort.

Le Groupe consultatif sur le dépistage chez les nouveau-nés du Nouveau-Brunswick a été créé en juin 2006 afin d'appuyer le ministère de la Santé sur des questions ayant trait au dépistage des troubles métaboliques et génétiques chez les nouveau-nés.

Programme universel de dépistage auditif chez les nouveau-nés et les nourrissons

Le Nouveau-Brunswick a été l'une des premières provinces canadiennes à établir un programme de dépistage auditif chez les nouveau-nés et les nourrissons. Le Programme universel de dépistage auditif chez les nouveau-nés et les nourrissons du Nouveau-Brunswick comprend les volets suivants : dépistage, diagnostic avant l'âge de trois mois, intervention par les prestataires de services compétents et surveillance à l'aide d'une base de données informatisée.

Benchmarks identified by audiologists providing this service include a 95 per cent screening rate during birth admissions; diagnosis of hearing loss within four months of birth; and amplification, when appropriate, of babies identified with hearing loss within six months of birth. Given the relationship of hearing to language acquisition and the importance of solid receptive vocabulary skills for school success upon kindergarten entry, this program's objective to identify and fit amplification for children earlier will help ensure that key developmental milestones are achieved.

Since inception, the program has identified 79 infants born with a permanent hearing loss. This earlier identification of hearing loss ensures that these children receive the appropriate equipment, rehabilitation and support during the formative years.

Les points de référence déterminés par les audiologistes offrant ce service comprennent un taux de dépistage de 95 pour cent à l'admission à la naissance; le diagnostic de perte d'audition dans un délai de quatre mois après la naissance; la prestation de services d'amplification, s'il y a lieu, pour les bébés chez qui on a diagnostiqué une perte d'audition dans les six mois après la naissance. Étant donné la relation entre l'audition et l'acquisition du langage, et l'importance de solides capacités réceptives de vocabulaire pour le succès scolaire à l'entrée à la maternelle, l'objectif de ce programme, qui est de dépister les problèmes d'audition chez les enfants et de leur offrir des services d'amplification plus tôt, leur permettra de profiter d'une intervention précoce qui favorisera l'atteinte des jalons clés du développement.

Depuis le début, le programme a établi une perte auditive permanente chez 79 nourrissons. Cette identification précoce de la perte auditive permet de s'assurer que ces enfants recevront l'équipement, la réadaptation et le soutien appropriés au cours des années de formation.

Sensorineural Hearing Loss Identification by RHA/Dépistage de la surdité de perception par les RRS

Regional Health Authority-Zone/ Régies régionales de la santé-Zone	2004-05	2005-06[1]	2006-07[1]	2007-08[1]	2008-09[1]	2009-10
RHA A / RRS A						
Zone 1	1	0	0	0	0	0
Zone 4	0	1	0	1	0	0
Zone 5	0	0	0	0	0	1
Zone 6	1	1	2	1	2	4
RHA B / RRS B						
Zone 1	3	2	3	1	4	2
Zone 2	3	3	4	2	0	2
Zone 3	0	3	2	3	4	6
Zone 7	1	0	0	0	0	0
Annual Total/Total annuel	**9**	**10**	**11**	**8**	**10**	**15**
Cumulative Total/ Total cumulatif	**21**	**31[1]**	**42[1]**	**50[1]**	**60[1]**	**79**

[1]Includes revised data from previous Annual Report / Inclut les données révisées des rapports annuels précédents

Cochlear Implant Follow-Up Services

The provincial cochlear implant follow-up service continues to provide non-surgical client support for pre-implantation of cochlear devices and post-implantation mapping and follow-up for equipment trouble shooting and maintenance. The service, based at the Chaleur Regional Hospital, continues to accept new clients and follow existing clients from New Brunswick while working collaboratively with surgical sites located in Ontario, Quebec and Nova Scotia to ensure continuity of care.

In 2008-09 there were 92 clients followed by the cochlear implant team of Audiologists and other adhoc services including speech language pathology; Ear, Nose and Throat; and social work. The number of clients for 2009-10 has increased to 101, with representation from all regions of the province, reflecting the provincial nature of this specialized service.

Services de suivi pour personnes porteuses d'implants cochléaires

Le service provincial de suivi pour les personnes porteuses d'implants cochléaires continue d'offrir un soutien non chirurgical avant l'implantation de dispositifs techniques pour malentendants ainsi que le mappage postopératoire et le suivi pour le dépannage et l'entretien des appareils. Le service, basé à l'hôpital régional Chaleur, continue d'accepter de nouveaux clients et de suivre les clients déjà existants du Nouveau-Brunswick tout en collaborant avec des établissements chirurgicaux situés en Ontario, au Québec et en Nouvelle-Écosse pour assurer la continuité des soins.

En 2008-2009, 92 clients ont été suivis par l'équipe d'implants cochléaires formée d'audiologistes et par d'autres services spécialisés tels que les services d'orthophonie, d'oto-rhino-laryngologie et de travailleurs sociaux. Le nombre de clients en 2009-2010 a augmenté en passant à 101, avec une représentation de toutes les régions de la province, ce qui reflète la nature provinciale de ce service spécialisé.

Distribution of Clients by Zones/Répartition des clients par zone							
Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4	Zone 5	Zone 6	Zone 7	Total
24	13	13	4	6	31	10	101

Distribution of Clients: Adults versus Children/Répartition des clients : adultes par rapport aux enfants		
Adults/Adultes	Children/Enfants	Total
52	49*	101

* Six with bilateral implants/Six avec des implants bilatéraux

PET- CT

PET-CT technology combines the benefits of a Positron Emission Tomography (PET) scanner and a Computerized Tomography (CT) scanner in one state-of-the-art medical imaging device.

This provincial service has been offering PET-CT examinations to New Brunswick patients with certain oncology conditions, since November 2006. A maximum of 600 examinations per year has been set for 2009-10. It has been the second complete year since the booking methodology has changed from "first come – first serve" approach to one using prioritization criteria. This has proved to be a more successful approach that serves oncology patients better.

Since its inception, this service has been offered through a Health Canada approved research trial application, as is the case with some similar services across Canada. A provincial PET-CT advisory committee has developed clinical guidelines specific to the research project. Those guidelines are followed by the research team and by the referring physicians that are involved with the management and treatment of oncology patients

Organ and Tissue Procurement

The New Brunswick Organ and Tissue Procurement Program (NBOTPP) submitted and received their registration with Health Canada to meet the requirements of the Cells, Tissues and Organs (CTO) Regulations. These regulations came into effect on December 7, 2007. As part of the registration process, Health Canada will inspect all Canadian registered establishments in order to verify their compliance with the regulations. The NBOTPP underwent their inspection in October, 2009. The outcome of the inspection indicated compliance of the NBOTPP to the Safety of Cells, Tissues and Organs for Transplantation Regulation.

The input and recommendations from Health Canada have provided some positive feedback and have led to some process changes to ensure that NBOTPP will continue to provide a high level of service.

The program has undergone a Service Delivery Change, which began in the late fall of 2009. Historically the NBOTPP provided its service from its base within

Tomographie par émission de positrons (TEP) et tomographie par ordinateur (CT)

La technologie TEP-CT combine les avantages de la tomographie par émission de positrons (TEP) et la tomographie par ordinateur (CT) en un seul appareil d'imagerie de pointe.

Ce service provincial offre, depuis novembre 2006, des examens TEP-CT aux patients du Nouveau-Brunswick touchés par certains problèmes oncologiques. On a fixé un maximum de 600 examens par année pour 2009-2010. Il s'agit de la deuxième année complète de ce service depuis que la méthode de fixation des rendez-vous est passée de l'approche « premier arrivé – premier servi » à celle utilisant des critères de priorisation. Cette approche s'est avérée plus fructueuse, car elle assure une meilleure prise en charge des patients en oncologie.

Depuis sa mise en place, ce service est offert dans le cadre d'une demande d'essai de recherche approuvée par Santé Canada, comme c'est le cas pour des services semblables au Canada. Le Comité consultatif provincial du service TEP-CT a établi des directives cliniques propres au projet de recherche. L'équipe de recherche et les médecins traitants qui participent à la gestion et au traitement des patients en oncologie doivent suivre ces directives.

Dons d'organes et de tissus

Le Programme de dons d'organes et de tissus du Nouveau-Brunswick a obtenu son homologation auprès de Santé Canada afin de répondre au Règlement sur les cellules, les tissus et les organes. Le Règlement est entré en vigueur le 7 décembre 2007. Dans le cadre du processus d'homologation, Santé Canada inspectera tous les établissements canadiens agréés afin de vérifier leur conformité au Règlement. Ce programme a fait l'objet d'une inspection en octobre 2009. Le résultat de l'inspection a indiqué la conformité du programme au Règlement sur la sécurité des cellules, des tissus et des organes destinés à la transplantation.

Les données d'entrée et les recommandations de Santé Canada ont fourni une rétroaction positive et ont entraîné certains changements dans le processus pour veiller à ce que le Programme de dons d'organes et de tissus du Nouveau-Brunswick continue à fournir un niveau de service élevé.

Le programme a subi des changements dans la prestation de services, qui ont été instaurés à la fin de l'automne 2009. Le Programme de dons d'organes et de tissus du Nouveau-Brunswick

Hospital Services; it was decided that this would not be sustainable and therefore changes needed to be implemented that would positively impact the program and the Province. The NBOTPP staff is now known as Organ Donation Resource Nurses (ODRN's), these nurses are now based within the RHA's and therefore are able to provide comprehensive support to the facilities. Their role includes education of staff and the public, developing relationships with the facilities within their coverage area and thus being able to provide hands on support to donors, their families and the healthcare workers involved in the care of the donor. There are currently four part-time positions within the province – two based in Saint John and two based in Moncton.

The New Brunswick Organ and tissue Procurement Program is pairing with Canadian Blood Services (CBS) to provide support, training and tracking with regards to the Living Donor Paired Exchange Program (LDPEP). In the spring of 2010 the NBOTPP was in the process of arranging training for all parties involved in evaluating and assessing possible recipients and donors for this program. As of April 26th, 2010 there were 57 people in New Brunswick awaiting Kidneys, 13 people on the waiting list for a liver and one person on the list waiting for a heart.

As of June 2010, through the process which registers an individual's wishes regarding Organ and Tissue donation with Medicare, 267,828 New Brunswickers had indicated that they wished to be donors. 230,331 indicated that they did not want to be donors and a further 235,637 have not yet made their wishes known. Educational initiatives are ongoing; these initiatives will ensure consistent messaging to allow New Brunswick Citizens to make an informed decision regarding Organ and Tissue Donation.

a toujours fourni ses services à partir de sa base au sein des services hospitaliers; on a décidé que cette méthode n'était pas viable et que, dès lors, des changements devaient être mis en œuvre afin d'avoir une incidence positive sur le programme et la province. Les membres du personnel du Programme de dons d'organes et de tissus du Nouveau-Brunswick sont maintenant connus sous le nom d'infirmières ressources pour le don d'organes; ces infirmières travaillent à présent au sein des régies régionales de la santé et elles sont donc en mesure d'apporter un soutien exhaustif aux établissements. Leur rôle comprend l'information au personnel et au public, la création de relations avec les installations dans la zone dont elles s'occupent, et donc l'offre d'un soutien direct aux donneurs, à leurs familles et aux travailleurs de la santé contribuant aux soins du donneur. Il y a actuellement quatre postes à temps partiels au sein de la province – deux à Saint John et deux à Moncton.

Le Programme de dons d'organes et de tissus du Nouveau-Brunswick s'associe avec la Société canadienne du sang pour offrir un soutien, une formation et un suivi en ce qui concerne le programme « Living Donor Paired Exchange Program » (programme d'échange de donneurs vivants). Au printemps 2010, le Programme de dons d'organes et de tissus du Nouveau-Brunswick était en train d'organiser une formation pour toutes les parties participant à l'évaluation et à l'estimation des receveurs et des donneurs éventuels dans le cadre de ce programme. Le 26 avril 2010, 57 personnes au Nouveau-Brunswick attendaient un rein, 13 personnes se trouvaient sur la liste d'attente pour un foie et une personne figurait sur la liste d'attente pour un cœur.

En juin 2010, par l'intermédiaire de la procédure par laquelle une personne inscrit son souhait de don d'organes et de tissus auprès de l'Assurance-maladie, 267 828 Néo-Brunswickois ont indiqué qu'ils souhaitaient être donneurs. Deux cent trente mille trois cent trente et une (230 331) personnes ont indiqué qu'elles ne souhaitaient pas être donneurs et 235 637 autres personnes n'ont pas encore fait part de leur souhait. Des initiatives éducatives sont en cours. Elles assureront la transmission d'un message uniforme afin de permettre aux Néo-Brunswickois de prendre une décision éclairée sur le don d'organes et de tissus.

Organ and Tissue

Year	2007-08	2008-09	2009-10
Number of Referrals	1,651	1,674	407+
Number of Donor			
- Organ and Tissue	9	7	11
- Tissue Only	132	117	30+
Total Number of Donors	147	124	
Heart	9	4	6
Liver	13	7	11
Lungs	8	8	2
Kidney	29	14	20
Pancreas	2	5	2
Heart for Valves	10	6	
Cornea	260	236	238
Skin	25	14	1
Bone	29	17	14
Kidney Recipients	32	22	38
Heart Recipients	3	5	4
Liver Recipients	9	4	9
Lung Recipients	1	4	9
Pancreas Recipients	0	6	1
Bone Marrow Recipients	6	10	8
Heart patients on waiting list	2	3	1
Liver patients on waiting list	5	8	13
Kidney patients on waiting list	72	70	57
Kidney and Pancreas patients on waiting list	2	1	1
Lung patients on waiting list	1	1	0

Organes et tissus

Année	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Nombre de donneurs dirigés	1 651	1 674	407+
Nombre de donneurs			
Organes et tissus	9	7	11
Tissus seulement	132	117	30+
Nombre total de donneurs	147	124	
Cœur	9	4	6
Foie	13	7	11
Poumons	8	8	2
Reins	29	14	20
Pancréas	2	5	2
Cœur pour valvules cardiaques	10	6	
Cornée	260	236	238
Peau	25	14	1
Os	29	17	14
Receveurs d'un rein	32	22	38
Receveurs d'un cœur	3	5	4
Receveurs d'un foie	9	4	9
Receveurs d'un poumon	1	4	9
Receveurs d'un pancréas	0	6	1
Receveurs de la moelle osseuse	6	10	8
Liste d'attente des patients cardiaques	2	3	1
Liste d'attente des patients souffrant de troubles du foie	5	8	13
Liste d'attente de patients souffrant de problèmes rénaux	72	70	57
Liste d'attente de patients souffrant de problèmes rénaux et du pancréas	2	1	1
Liste d'attente des patients souffrant de problèmes pulmonaires	1	1	0

Patient Safety

In 2009-10, the Department of Health (DH) has continued to pursue the Safer Healthcare Now (SHN) campaign. SHN is a national campaign focused on improving the safety of patient care in Canada through learning, sharing and implementing interventions that are known to reduce avoidable adverse events.

The ten interventions of SHN are:

- Improved care for Acute Myocardial Infarction - Prevent deaths among patients hospitalized for acute myocardial infarction (AMI) by ensuring the reliable delivery of evidence-based care.
- Prevention of Central Line-Associated Bloodstream Infection - Prevent central venous catheter-related bloodstream infection (CR-BSI) and deaths from CR-BSI by implementing a set of evidence-based interventions in all patients requiring a central line.
- Prevent adverse drug events (ADEs) by implementing medication reconciliation.
- Rapid Response Teams - Prevent deaths in patients who are progressively failing outside the ICU by implementing rapid response teams.
- Prevention of Surgical Site Infection - Prevent surgical site infection (SSI) and deaths from SSI by implementing a set of evidence-based interventions in all surgical patients.
- Prevent ventilator-associated pneumonia (VAP) and deaths from VAP and other complications in patients on ventilators by implementing a set of interventions known as the "VAP bundle."
- Adverse drug events in long-term care – implement medication reconciliation to prevent adverse drug events (ADEs) in long-term care settings.
- Falls in long-term care - prevent harm resulting from falls in long-term care settings
- Antibiotic resistant organisms (AROs) – implement a series of evidence-based guidelines to prevent harm from antibiotic resistant organisms
- Venous thromboembolism (VTE) – implement a series of protocols to ensure that general surgery and hip fracture surgery patients receive the appropriate thromboprophylaxis to prevent complications such as deep vein thrombosis (DVT) and pulmonary embolism

Through sponsorship of $60,000 to the Safer Healthcare Now campaign by the province, each regional health authority has had the opportunity to partner and benefit in the sharing of the best practices through participating in one or more of the ten interventions.
The Department of Health continues to monitor the hospital standardized morality ratio (HSMR).

Sécurité des patients

En 2009-2010, le ministère de la Santé a poursuivi la campagne Soins de santé plus sécuritaires maintenant! (SSPSM) Le but de cette campagne nationale est d'améliorer la sécurité des soins apportés aux patients au Canada par l'intermédiaire de l'apprentissage, du partage et de la mise en œuvre d'interventions dont la réduction des incidents indésirables inévitables a été prouvée.

Voici les dix interventions de Soins de santé plus sécuritaires maintenant :

- Soins améliorés en cas d'infarctus aigu du myocarde : Prévenir les décès chez les patients hospitalisés en cas d'infarctus aigu du myocarde (IAM) en assurant une prestation fiable de soins fondés sur l'expérience clinique.
- Prévention des infections liées aux cathéters intravasculaires centraux : Prévenir les infections et les décès liés aux cathéters intravasculaires centraux (CIC) en mettant en œuvre un ensemble d'interventions fondées sur l'expérience clinique chez tous les patients nécessitant un cathéter central.
- Prévention des événements iatrogènes médicamenteux : à l'aide du bilan comparatif des médicaments.
- Déploiement des équipes d'intervention rapide : Prévenir les décès chez les patients dont la santé se détériore progressivement en dehors du service des soins intensifs.
- Prévention des infections du site opératoire : Prévenir les infections et les décès liés au site opératoire (ISO) en mettant en œuvre un ensemble d'interventions fondées sur l'expérience clinique chez tous les patients devant subir une intervention chirurgicale.
- Prévention de la pneumonie sous ventilation assistée : Prévenir la pneumonie sous ventilation assistée (PVA) et les décès qui en découlent et d'autres complications chez les patients en ventilation assistée en mettant en œuvre un ensemble d'interventions appelées « ensemble PVA ».
- Événements iatrogènes médicamenteux dans les soins de longue durée : Effectuer un bilan comparatif des médicaments pour prévenir les événements iatrogènes médicamenteux dans le contexte des soins de longue durée.
- Chutes dans les soins de longue durée : Prévenir les blessures causées par des chutes dans le contexte des soins de longue durée.
- Organismes résistant aux antibiotiques (ORA) : Appliquer une série de directives fondées sur l'expérience clinique afin de prévenir des blessures causées par des organismes résistant aux antibiotiques.
- Thrombo-embolie veineuse (TEV) : Appliquer une série de protocoles pour que les patients en chirurgie générale et en chirurgie pour fracture de la hanche reçoivent une thromboprophylaxie appropriée afin de prévenir des complications comme la thrombose veineuse profonde (TVP) et l'embolie pulmonaire.

Grâce à une commandite de 60 000 $ du gouvernement provincial à la campagne Soins de santé plus sécuritaires maintenant!, chaque régie régionale de la santé a pu créer un partenariat et bénéficier de l'échange des pratiques exemplaires en participant à une intervention ou plus parmi les dix interventions.
Le ministère de la Santé continue de surveiller le ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH).

Utilization Management

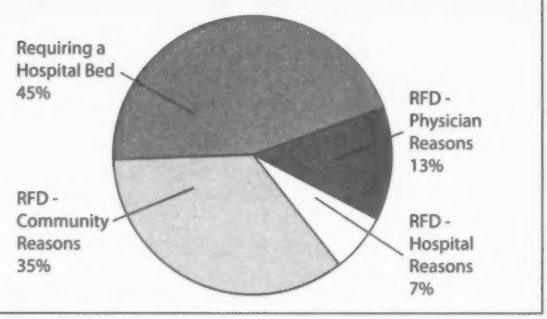
Based on earlier retrospective and concurrent reviews carried out by the department, the Provincial Utilization Management Committee recommended in 2006 the implementation of an acute care bed utilization management tool across all zones.

With the implementation of the software in the eight larger hospitals, the regional health authorities and the department were able to monitor utilization trends and generate provincial statistics. In the year 2009-10, 59 per cent more patient assessments were completed, with a higher proportion of those patients ready for discharge for Community Reasons.

Medical Days Reviewed

	2008-09	%	2009-10	%
Requiring a Hospital Bed	94,519	51%	93,926	45%
RFD - Physician Reasons	26,822	14%	26,423	13%
RFD - Hospital Reasons	13,422	7%	15,135	7%
RFD - Community Reasons	51,187	28%	73,448	35%
Total	**185,950**	**100%**	**208,932**	**100%**

2009-10 Medical Patient Days Reviewed



KEY:
RFD = ready for discharge – all assessments indicate patient is in stable condition and does not require a hospital bed

Gestion de l'utilisation

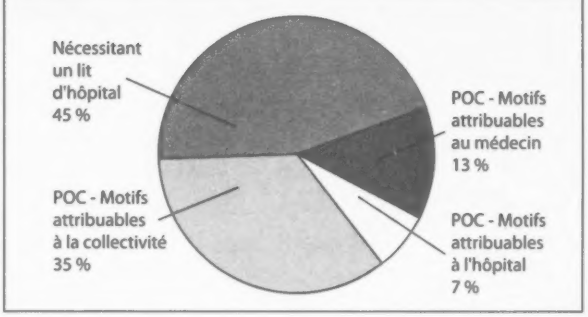
En s'appuyant sur des études rétrospectives et concomitantes précédentes menées par le ministère, le Comité provincial de gestion de l'utilisation a recommandé en 2006 la mise en œuvre d'un outil de gestion de l'utilisation des lits pour soins aigus dans toutes les zones.

Grâce à la mise en œuvre du logiciel dans les huit grands hôpitaux, les régies régionales de la santé et le ministère ont pu surveiller les tendances en matière d'utilisation et produire des statistiques provinciales. Au cours de l'exercice 2009-2010, on a effectué 59 pour cent d'évaluations de patients supplémentaires; une proportion plus élevée de ces patients étaient prêts à obtenir leur congé de l'hôpital pour des motifs attribuables à la collectivité.

Jours-patients médicaux examinés

	2008-2009	%	2009-2010	%
Nécessitant un lit d'hôpital	94 519	51 %	93 926	45 %
POC - Motifs attribuables au médecin	26 822	14 %	26 423	13 %
POC - Motifs attribuables à l'hôpital	13 422	7 %	15 135	7 %
POC - Motifs attribuables à la collectivité	51 187	28 %	73 448	35 %
Total	**185 950**	**100 %**	**208 932**	**100 %**

Jours-patients médicaux examinés 2009-2010



LÉGENDE :
POC = prêt à obtenir son congé – toutes les évaluations indiquent que le patient est dans un état stable et ne nécessite pas de lit d'hôpital.

Ready For Discharge reasons

Physician reasons: Patients who are ready for discharge but remained in acute care beds due to Physician reasons

- **Therapy** - physician orders indicate a therapy such as medication adjustment, pain control, wound management
- **Consultation** - Order has been written for a consultation with another doctor i.e. obstetrics/ gynecology, surgical, psychiatry
- **Investigation** - tests and investigations are ordered
- **Pending** - No current physician order, plan of care unclear, care plan stalled, further MD direction required

Hospital Reasons: Patients in hospital who are ready for discharge remain in beds due to hospital reasons

- **Hospital other** – waiting for another bed in the hospital such as psychiatry, surgery.
- **Service delays** - delay of 24 hours or more in accessing diagnostic therapeutic testing i.e. discharge planning, respiratory, laboratory.
- **Activation** - one to five days of rehab services to increase strength to allow patient to return to previous home environment.

Community Reasons: Patients ready for discharge were still occupying an acute care bed due to community reasons

- **Processing placement** - patient is no longer requiring an acute care bed and is in the process of being assessed for alternate placement.
- **Waiting Community** - patient is waiting for community service such as EMP, nursing home bed, respite bed, palliative care.
- **Social Issues** - delay is related to issues such as family, financial, or social reasons.
- **Outside Services** - delay is a result of patient waiting for service external to hospital; such as with home support.

The New Brunswick Extra-Mural Program

The New Brunswick Extra-Mural Program (EMP) is a provincial home health-care program. Its mission is "to provide a comprehensive range of coordinated health care services for individuals of all ages for the purpose of promoting, maintaining or restoring health within the context of their daily lives, and to provide palliative services to support quality end of life care for individuals with progressive life threatening illnesses."

This mission is accomplished by providing services which include acute care, palliative care, long-term care, rehabilitation, and home oxygen therapy. The

Prêt à obtenir son congé – Motifs

Motifs attribuables au médecin : patients prêts à obtenir leur congé qui demeurent dans des lits pour soins actifs en raison des motifs attribuables au médecin

- **Thérapie** - Les directives du médecin indiquent une thérapie, notamment l'adaptation du dosage du médicament, la gestion de la douleur, le traitement des plaies.
- **Consultation** - Une ordonnance est rédigée pour une consultation avec un autre médecin, p. ex. : l'obstétrique et la gynécologie, la chirurgie, la psychiatrie.
- **Exploration** - Des tests et des explorations sont commandés.
- **En attente** - Aucune ordonnance du médecin en cours, plan de soins ambigus, plan de soins en retard, autre directive du médecin requise.

Motifs attribuables à l'hôpital : patients hospitalisés prêts à obtenir leur congé qui demeurent dans des lits en raison de motifs attribuables à l'hôpital

- **Hôpital – autre** – En attente d'un autre lit dans l'hôpital, notamment en psychiatrie, en chirurgie.
- **Retards dans la prestation de service** – Retard de 24 heures ou plus dans l'accès aux tests de diagnostic thérapeutique, par exemple pour la planification du congé, pour les problèmes respiratoires, les tests de laboratoire.
- **Activation** – De un à cinq jours des services de réadaptation pour augmenter les forces du patient afin de lui permettre de retourner chez lui.

Motifs attribuables à la collectivité : patients prêts à obtenir leur congé qui occupent toujours un lit pour soins actifs en raison de motifs attribuables à la collectivité.

- **Placement en voie de traitement** – Le patient ne nécessite plus un lit pour soins actifs et est en train d'être évalué pour obtenir un autre placement.
- **En attente d'un service communautaire** – Le patient est en attente d'un service communautaire tel que le programme extra-mural (PEM), un lit dans un foyer de soins, un lit de soins de relève, les soins palliatifs.
- **Questions sociales** – Le retard est associé à des questions familiales, financières ou sociales.
- **Services externes** – Le retard est occasionné par le fait que le patient attend un service externe à l'hôpital, comme un soutien à domicile.

Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick

Le Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick (PEM) offre des services de soins communautaires à domicile aux résidents de la province. Sa mission consiste à « offrir une gamme complète de services de soins de santé coordonnés aux personnes de tout âge en vue de la promotion, du maintien ou du rétablissement de la santé dans le cadre de leur vie quotidienne, ainsi que d'offrir des services de soins palliatifs visant à soutenir la qualité de vie des personnes atteintes de maladies évolutives pouvant provoquer la mort. »

Cette mission est accomplie par la prestation d'un ensemble de services, y compris les soins actifs, les soins palliatifs, les soins de longue durée, la réadaptation et l'oxygénothérapie. Les

Extra-Mural Program professional service providers include registered dieticians, registered nurses, licensed practical nurses, respiratory therapists, social workers, occupational therapists, physiotherapists, speech language pathologists and rehabilitation support personal. Physicians are integral members of the EMP home health-care team in addition to other facility based and community based health services.

EMP services are provided using a collaborative client-driven process, as outlined in the provincial guidelines for care coordination, palliative care and preferred practices documents for all EMP care providers. Children and adolescents are served primarily by rehabilitation services in the home and school environments. Rehabilitation services are also provided to residents in nursing homes. Home oxygen therapy is provided to approximately 5.5 per cent of the EMP provincial caseload.

Currently, approximately 61 per cent of the clients served by EMP are over the age of 65 (65-74 years – 14 per cent; 75-84 years – 20 per cent; and over 85 years – 27 per cent). Children and adolescents (0-18 years) make up 17 per cent of client services and adults (19-64 years) 22 per cent.

The EMP has 789 funded, full-time equivalent positions in the province. In 2009-2010, 19,584 clients were discharged from the program and 454,804 visits (310,421 nursing visits, 95,167 rehabilitation service visits, and 49,216 other clinical service visits) were carried out along with 176,578 telephone contacts (provision of clinical service to client or family over the telephone). There were 26.2 discharges per 1,000 population estimate.

prestataires de services professionnels du Programme extra-mural sont les diététistes professionnels, les infirmières et infirmiers immatriculées, les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés, les inhalothérapeutes, les travailleurs sociaux, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les orthophonistes et le personnel de soutien en réadaptation. Les médecins sont des membres à part entière de l'équipe des soins à domicile du Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick en plus d'autres services de santé communautaires et offerts par les établissements.

Les services du Programme extra-mural sont offerts en employant un processus de collaboration axé sur le client, comme il est décrit dans les lignes directrices provinciales visant les documents sur la coordination des soins, les soins palliatifs et les pratiques privilégiées préparés en fonction des fournisseurs de soins du Programme extra-mural. Les besoins des enfants et des adolescents en matière de services ont trait principalement à la réadaptation en milieu scolaire ou à la maison. Des services de réadaptation sont également offerts aux résidents des foyers de soins. L'oxygénothérapie est offerte à environ 5,5 pour cent des cas du Programme extra-mural à l'échelle provinciale.

À l'heure actuelle, environ 61 pour cent des clients qui ont reçu des services du Programme extra-mural sont âgés de plus de 65 ans (de 65 à 74 ans – 14 pour cent, de 75 à 84 ans – 20 pour cent et plus de 85 ans – 27 pour cent). Les enfants et les adolescents (de 0 à 18 ans) représentent 17 pour cent des clients recevant des services et les adultes (de 19 à 64 ans) constituent 22 pour cent des clients.

Le Programme extra-mural emploie plus de 789 équivalents à temps plein financés dans la province. En 2009-2010, 19 584 clients ont obtenu leur congé du Programme extra-mural. Le nombre de visites a atteint 454 804 (310 421 visites par des infirmières, 95 167 visites par le service de réadaptation et 49 216 visites par d'autres services cliniques) et 176 578 appels téléphoniques ont été effectués (prestation de services cliniques aux clients et aux familles par téléphone). On a signalé environ 26,2 congés pour 1 000 habitants.

New Brunswick Extra-Mural Program

		2006–07	2007-08	2008-09	2009-10*
Rehabilitation Services* **	Visits	88,813	87,835	93,876	95,167
	Telephone Contacts**	26,970	29,444	31,053	35,227
Nursing Services	Visits	305,105	304,013	303,505	310,421
	Telephone Contacts**	101,890	101,728	106,410	115,879
Other Clinical Services **	Visits	42,599	44,216	47,670	49,216
	Telephone Contacts**	16,499	19,134	21,837	25,472
Grand Total		581,876	586,370	604,351	631,382
FTE's		693	701	777	789
Discharges		18,393	19,402	20,355	19,584
Gross Expenditures ($M)		$61	$64	$70	$71
Average Cost / Visits		$139.74	$147.07	$157.07	$155.16
Average Cost / Discharges		$3,316	$3,305	$3,434	$3,603

* Preliminary Data
** Telephone contacts are clinical services provided over the phone to the clients and families.
*** Rehab – includes the following professionals; occupational therapy, physiotherapy and speech language pathology.
**** Other – includes the following professionals; social work, registered dietician, respiratory therapy.
Source: Hospital Financial Utilization Management System (HFUMS) and EMP Information System (PtCT)

Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick					
		2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010*
Services de réadaptation* **	Consultations	88 813	87 835	93 876	95 167
	Appels téléphoniques**	26 970	29 444	31 053	35 227
Services infirmiers	Consultations	305 105	304 013	303 505	310 421
	Appels téléphoniques**	101 890	101 728	106 410	115 879
Autres services cliniques * **	Consultations	42 599	44 216	47 670	49 216
	Appels téléphoniques**	16 499	19 134	21 837	25 472
Total général		581 876	586 370	604 351	631 382
ÉTP		693	701	777	789
Congés		18 393	19 402	20 355	19 584
Dépenses brutes (en M$)		61 $	64 $	70 $	71 $
Coût moyen par consultation		139,74 $	147,07 $	157,07 $	155,16 $
Coût moyen par congé		3 316 $	3 305 $	3 434 $	3 603 $

* Données préliminaires
** Les appels téléphoniques sont des services cliniques dispensés par téléphone aux clients ou à leur famille.
*** Services de réadaptation – comprend les services professionnels suivants : ergothérapie, physiothérapie et orthophonie.
**** Autres services cliniques – comprend les services professionnels suivants : travailleur social, diététiste, inhalothérapeute.
Sources : Système d'information de gestion financière et d'utilisation hospitalière (SIGFU) et système d'information sur le Programme extra-mural (PtCT).

Rehabilitation Services

Rehabilitation services provide opportunities for New Brunswickers to prevent or adapt to loss of function, and/or restore function, in order to foster well-being, social integration, and optimal independence. These services are delivered throughout New Brunswick by audiologists, occupational therapists, physiotherapists, and speech language pathologists.

Rehabilitation services are offered in a variety of settings and are delivered following a client-centered philosophy of service delivery. Services are provided by the Stan Cassidy Centre for Rehabilitation, which is the provincial tertiary rehabilitation centre; through all regional health authorities via in-patient and outpatient services; and in the home and community by the New Brunswick Extra-Mural Program.

Services de réadaptation

Les services de réadaptation offrent à la population du Nouveau-Brunswick des occasions de prévenir ou d'éliminer la perte de fonction ou de s'y adapter afin de favoriser le mieux-être, l'intégration sociale et l'indépendance optimale. Les services de réadaptation au Nouveau-Brunswick comprennent les services dispensés par des audiologistes, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes et des orthophonistes.

Les services de réadaptation sont offerts dans divers milieux et sont dispensés selon une philosophie de service axé sur le client. Ils sont offerts par le Centre de réadaptation tertiaire provincial Stan Cassidy à toutes les régies régionales de la santé, par l'entremise des services aux patients hospitalisés et externes. Ce programme est également offert à domicile et dans la collectivité par le Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick.

Hospital Rehabilitation Services 2009-10[1]		
	Attendances	Telephone Contacts[2]
Audiology	26,733	2,270
Occupational Therapy	108,175	3,764
Physiotherapy	308,543	6,064
Speech Language Pathology	41,770	4,901

[1] Source: Preliminary statistics from the Hospital Finance Utilization Management System
[2] Telephone Contact is service to clients over the telephone

Stan Cassidy Centre for Rehabilitation 2009-10[1]		
	Attendances	Telephone Contacts[2]
Occupational Therapy	5,969	612
Physiotherapy	6,750	330
Speech Language Pathology	1,219	197

[1] Source: Preliminary statistics from the Hospital Finance Utilization Management System
[2] Telephone Contact is service to clients over the telephone

Capital Construction

Construction of the major $47 million expansion at the Moncton Hospital to accommodate a new emergency department, ambulatory care services and laboratory was completed during 2009 -10. The new emergency department and laboratory opened in October 2009 and the ambulatory care centre opened in February 2010.

Construction of the emergency department addition at Saint John Regional Hospital started in March 2009 and continued during 2009-10. It is expected that the emergency department will open in early 2011.

Renovations at the Dr. Georges-L. Dumont Regional Hospital to integrate clinical training requirements for medical students enrolled in the Francophone Medical School in Moncton continued during 2009-10. All renovations were completed in December 2009.

Architectural planning and design for the major addition at the Dr. Georges-L. Dumont Regional Hospital was initiated in 2009-10. It is expected that construction of the new Energy Centre and the small addition for the PET-CT will begin in the summer of 2010.

Renovations to integrate clinical teaching requirements for the delivery of the Dalhousie University Medical Education Program were completed at the Saint John Regional Hospital during 2009-10. In addition, renovations were completed for the Anatomy and Histology Teaching Laboratories. First year medical students will be starting in September 2010.

Renovations to expand the emergency department at the Tracadie-Sheila hospital began in August 2009 and continued throughout the remainder of 2009-10. It is expected that renovations will be completed in August 2010.

Services hospitaliers de réadaptation 2009-2010[1]		
	Présences	Appels téléphoniques[2]
Audiologie	26 733	2 270
Ergothérapie	108 175	3 764
Physiothérapie	308 543	6 064
Orthophonie	41 770	4 901

[1] Source : Données préliminaires du Système d'information de gestion financière et d'utilisation hospitalière.
[2] Les appels téléphoniques sont des services dispensés par téléphone aux clients.

Centre de réadaptation Stan Cassidy 2009-2010[1]		
	Présences	Appels téléphoniques[2]
Ergothérapie	5 969	612
Physiothérapie	6 750	330
Orthophonie	1 219	197

[1] Source : Données préliminaires du Système d'information de gestion financière et d'utilisation hospitalière.
[2] Les appels téléphoniques sont des services dispensés par téléphone aux clients.

Projets d'immobilisations

Les importants travaux d'agrandissement du Moncton Hospital, évalués à 47 millions de dollars, ont été réalisés en 2009-2010. Ils avaient pour but de construire un bâtiment pouvant contenir un nouveau service d'urgence, des services de soins ambulatoires et un laboratoire. Le nouveau service d'urgence et le nouveau laboratoire ont ouvert leurs portes en octobre 2009 et le centre de soins ambulatoires a ouvert en février 2010.

Les travaux de construction de l'annexe au service d'urgence de l'hôpital régional de Saint John ont commencé en mars 2009 et ils se sont poursuivis pendant l'année 2009-2010. On prévoit que le service d'urgence ouvrira au début de 2011.

Les rénovations à l'hôpital régional Dr-Georges-L.-Dumont visant l'intégration des exigences en matière de formation clinique pour les étudiants en médecine inscrits à l'école de médecine francophone à Moncton se sont poursuivies en 2009-2010. Toutes les rénovations ont été terminées en décembre 2009.

La planification et la conception architecturales de l'annexe principale à l'hôpital régional Dr-Georges-L.-Dumont ont commencé en 2009-2010. On prévoit que la construction du nouveau centre d'énergie et la petite annexe pour le service TEP-CT commenceront pendant l'été 2010.

Les rénovations visant l'intégration des exigences en matière d'enseignement clinique pour l'exécution du programme de formation médicale de l'université Dalhousie ont été terminées à l'hôpital régional de Saint John en 2009-2010. En outre, on a terminé les rénovations des laboratoires d'enseignement en anatomie et en histologie. Les étudiants en médecine de première année commenceront en septembre 2010.

Les rénovations visant l'agrandissement du service d'urgence à l'hôpital de Tracadie-Sheila ont commencé en août 2009 et ils se sont poursuivis pendant le reste de l'année 2009-2010. La fin de ces travaux de rénovation est prévue pour août 2010.

In January 2009, renovations started on the new central sterilization department at the Chaleur Regional Hospital in Bathurst. All renovation work was completed in August 2009. The new central sterilization department became operational in September 2009.

Installation of sprinklers in all non-sprinklered areas of the Moncton Hospital started in February 2009 and continued during 2009-10. It is expected that all work will be completed in early 2011.

Construction of a new Health Centre in Rexton started in July 2009 and continued during 2009-10. The new Health Centre opened in June 2010.

Construction of an addition to house two new linear accelerators for cancer treatments at the Saint John Regional Hospital started in February 2009 and was completed in January 2010 as planned. The two new accelerators became operational in February 2010.

Architectural planning and design to construct an addition to house two new linear accelerators for cancer treatments at the Dr.-Georges-L-Dumont Regional Hospital in Moncton continued throughout 2009-10. Construction of the addition started in September 2009 and expected to be completed in early 2011.

A variety of infrastructure upgrading projects (i.e., roof replacements, upgrading mechanical and electrical systems) were completed throughout the year at various hospitals.

Capital Equipment

A variety of Capital Equipment acquisitions totaling $10 million were made in fiscal 2009-10 for program enhancements and to replace aging equipment in the hospital system. The most notable major capital equipment acquisitions included the following:

- New ultrasound units for the Dr. Georges L. Dumont Regional Hospital;
- A new digital urology radiology system and telemetry monitoring system for the Moncton Hospital;
- New anesthesia machines for the Saint John Regional Hospital;
- New ophthalmology equipment for St. Josephs' Hospital in Saint John;
- A new trauma table for Dr. Everett Chalmers Regional Hospital;
- A new digital mammography unit and a new digital radiology unit for the Oromocto Public Hospital
- New anesthesia machines for the Edmundston Regional Hospital;
- A cardiac echo upgrade at the Campbellton Regional Hospital;
- A fluoroscopy unit for the Chaleur Regional Hospital;
- A new general radiology unit for the Miramichi Regional Hospital;
- A new telemetry system for the NB Heart Centre in Saint John; and

En janvier 2009, les rénovations du nouveau service de stérilisation centrale ont commencé à l'Hôpital régional Chaleur à Bathurst. Tous les travaux de rénovation ont été terminés en août 2009. Le nouveau service de stérilisation centrale est devenu opérationnel en septembre 2009.

L'installation de têtes d'extincteur dans tous les secteurs qui n'en possèdent pas dans le Moncton Hospital a commencé en février 2009 et elle s'est poursuivie pendant l'année 2009-2010. On prévoit que tous les travaux seront terminés au début de 2011.

Les travaux de construction d'un nouveau centre de santé à Rexton ont commencé en juillet 2009 et ils se sont poursuivis en 2009-2010. Le nouveau centre de santé a ouvert en juin 2010.

En février 2009, on a entamé la construction d'une annexe pour abriter deux nouveaux accélérateurs linéaires pour le traitement du cancer à l'hôpital régional de Saint John. Comme prévu, les travaux se sont terminés en janvier 2010. Les deux nouveaux accélérateurs sont devenus opérationnels en février 2010.

La planification et la conception architecturales de la construction d'une annexe visant à abriter deux nouveaux accélérateurs linéaires pour le traitement du cancer à l'hôpital régional Dr-Georges-L.-Dumont de Moncton se sont poursuivies en 2009-2010. Les travaux de construction de l'annexe ont commencé en septembre 2009 et devraient prendre fin au début de 2011.

Divers projets d'amélioration des infrastructures (remplacement de la toiture, amélioration des systèmes mécaniques et électriques, etc.) ont également été réalisés au cours de l'année dans divers hôpitaux.

Biens d'équipement

Diverses acquisitions de biens d'équipement d'une valeur totale de 10 millions de dollars ont été effectuées en 2009-2010 afin de remplacer l'équipement vieillissant du réseau hospitalier. Les acquisitions de biens d'équipement les plus importantes comprennent :

- de nouveaux appareils d'échographie pour l'hôpital régional Dr-Georges-L.-Dumont;
- un nouveau système numérique de radiologie en urologie et un nouveau système de surveillance télémétrique pour le Moncton Hospital;
- de nouveaux appareils d'anesthésie pour l'hôpital régional de Saint John;
- un nouvel équipement pour le service d'ophtalmologie de l'hôpital St Joseph de Saint John;
- une table de chirurgie traumatologique pour l'hôpital régional Dr Everett Chalmers;
- un nouvel appareil de mammographie numérique et un nouvel appareil de radiologie numérique pour l'hôpital public d'Oromocto;
- de nouveaux appareils d'anesthésie pour l'hôpital régional d'Edmundston;
- une modernisation des échocardiogrammes à l'hôpital régional de Campbellton;
- un appareil de fluoroscopie pour l'hôpital régional Chaleur;
- un nouvel appareil de radiologie générale pour l'hôpital régional de Miramichi;
- un nouveau système de télémétrie pour le Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick à Saint John;

- Multi-year funding installments towards digital mammography throughout the province (in partnership with various Foundations)

New Brunswick Cancer Network (NBCN)

The New Brunswick Cancer Network (NBCN) is responsible for the development and implementation of an evidence-based provincial strategy for all elements of cancer care, including prevention, screening, treatment, follow-up care, palliative care, education, and research. This integrated strategy for cancer services is delivered at the regional health authority (RHA) level throughout the province, with tertiary level oncology services via radiation therapy provided in Saint John and Moncton (Dumont). The goal of NBCN is to decrease the incidence, morbidity and mortality of cancer among New Brunswick residents through cost-effective planning, delivery and evaluation of cancer services.

In carrying out its mandate, NBCN is actively involved with many components of the NB Healthcare system, including other divisions of the Department of Health, the regional health authorities, FacilicorpNB, the New Brunswick Health Council, and the NB Health Research and Innovation Council.

In 2009-10, the organization and function of NBCN continued to grow, with recruitment of key staff positions. Also, NBCN worked on a number of key strategic initiatives and projects to improve cancer care in New Brunswick.

NBCN continued its efforts in 2009-10 to fulfill commitments to establish, by March 31, 2010, a Radiation Therapy Wait Time Guarantee for New Brunswick residents. This Guarantee ensures that NB patients will not wait more than eight weeks from being ready to treat with radiation therapy. Through this collaborative initiative with Health Canada, New Brunswick`s capacity to meet current and future volumes in radiation therapy will be significantly enhanced. Following the construction of two new bunkers, two new linear accelerators are now operational at the Atlantic Health Sciences Corporation in Saint John while the construction of two bunkers to house new linear accelerators at the Dr. Leon Richard Oncology Centre in Moncton is in progress.

Associated with the Radiation Therapy Wait Time Guarantee, NBCN led a Pilot Project to monitor, manage and report on timely access to radiation therapy. The project will be completed in the fall of 2010 and includes:

- Development of a Provincial Cancer Treatment Access Repository (CTAR) that will monitor and report on timely access to radiation therapy.
- Development of a Simulation Modelling Tool to proactively analyze the impact of technology advances and resource limitations based on future population and cancer incidence projections
- Development of an updated public website for reporting wait times in radiation therapy

- des versements pluriannuels d'un financement affecté à la mammographie numérique dans l'ensemble de la province (en partenariat avec différentes fondations).

Réseau cancer Nouveau-Brunswick (RCNB)

Réseau cancer Nouveau-Brunswick (RCNB) est chargé de l'élaboration et de la mise en œuvre d'une stratégie provinciale basée sur les faits pour tous les éléments des soins ayant trait au cancer, y compris la prévention, le dépistage, le traitement, le suivi, les soins palliatifs, la sensibilisation et la recherche. Cette stratégie intégrée pour les services de cancérologie est déployée au niveau des régies régionales de la santé (RRS) à l'échelle provinciale, et des services tertiaires d'oncologie par radiothérapie sont offerts à Saint John et à Moncton (Dumont). Réseau cancer Nouveau-Brunswick a pour but de réduire l'incidence, la morbidité et la mortalité liées au cancer chez les résidents du Nouveau-Brunswick grâce à la planification, à la prestation et à l'évaluation rentables des services de lutte contre le cancer.

En exécutant son mandat, le réseau participe activement à de nombreux volets du système de soins de santé du Nouveau-Brunswick, y compris d'autres divisions du ministère de la Santé, les régies régionales de la santé, FacilicorpNB, le Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé, ainsi que le Conseil de la recherche et de l'innovation en matière de santé du Nouveau-Brunswick.

En 2009-2010, l'organisation et les fonctions du réseau ont continué à prendre de l'ampleur, avec l'embauche de personnel pour la dotation de postes clés. De même, le réseau a travaillé sur plusieurs initiatives stratégiques clés visant à améliorer les soins pour le cancer au Nouveau-Brunswick.

Réseau cancer Nouveau-Brunswick a poursuivi ses efforts en 2009-2010 pour respecter ses engagements liés à l'instauration, au plus tard le 31 mars 2010, d'un délai d'attente garanti pour la radiothérapie pour les résidents du Nouveau-Brunswick. Cette garantie veille à ces que les patients Néo-Brunswickois n'attendent pas plus de huit semaines à partir du moment où ils sont prêts à recevoir un traitement par radiothérapie. Grâce à cette initiative de collaboration avec Santé Canada, la capacité du Nouveau-Brunswick à répondre aux volumes actuels et futurs en radiothérapie sera considérablement rehaussée. Maintenant que les deux nouvelles chambres radio-protégées sont construites, deux nouveaux accélérateurs linéaires sont maintenant opérationnels à la Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique à Saint John, tandis que la construction de deux nouvelles chambres de ce type est en cours au Centre d'oncologie Dr-Léon-Richard de Moncton.

En association avec le délai d'attente garanti pour la radiothérapie, le réseau a dirigé un projet pilote pour surveiller, gérer et déclarer un accès rapide à la radiothérapie. Le projet sera terminé en automne 2010 et il comprend les volets suivants :

- l'élaboration d'un Répertoire sur l'accès aux traitements en oncologie (RATO) qui contrôlera l'accès rapide à la radiothérapie et produira des rapports à cet égard;
- la création d'un outil de modélisation de simulation pour analyser de manière proactive les répercussions des progrès technologiques et des limites de ressources en fonction des futures projections démographiques et de l'incidence du cancer;
- l'élaboration d'un site Web public mis à jour qui fera état des délais d'attente pour la radiothérapie;

- Development of contingency plans with recourse options within and outside of the province in order to meet the Patient Wait Time Guarantee commitment.

In 2009, the Department of Health signed an agreement with the Canadian Partnership Against Cancer (CPAC) for the National Staging and Pathology Synoptic Reporting Project. The two primary goals of the project are to establish the capture of electronic population based Collaborative Stage (extent of tumour at diagnosis) for breast, colorectal, lung and prostate cancer and to implement pathology synoptic reporting tools in the province using the cancer checklists and protocols developed by the College of American Pathology (CAP). The use of the CAP cancer checklists has been endorsed by the Canadian Association of Pathologists and the NB Association of Laboratory Physicians in 2009 as the reporting standard for cancer pathology specimens. Adoption of the provincial pathology reporting standard will ensure required tumor and stage data are available in the pathology reports to facilitate diagnostic and treatment decisions.

A key priority of NBCN in its efforts to reduce the burden of cancer in the province is the enhancement and establishment of cancer prevention and screening programs. In this regard, the planning work for the implementation of a provincial Cervical Cancer Screening program continued in 2009-10, primarily focused on the development of an IT data repository as well as clinical practice guidelines for the program. The program is anticipated to be operational province-wide in approximately two years.

In 2009, the Minister of Health announced the establishment, over three fiscal years beginning in April 2010, of a provincial colorectal cancer screening program. By way of the screening program, it is expected that the burden of colorectal cancer, the second most common cancer in the province, will be significantly reduced.

Investments from the province along with community fund raising efforts resulted in the introduction of digital mammography in 2009 at some breast cancer screening sites in the province. This new technology will significantly further the New Brunswick Breast Cancer Screening Services' efforts to attain a 70 per cent biennial participation rate in breast cancer screening for women in the 50 – 69 target age group.

Pediatric oncology continues to be one of NBCN's priorities. In collaboration with other Department of Health divisions and the regional health authorities, two pediatric oncology patient navigator positions were established, to work at each of the two RHAs. The pediatric oncology patient navigators will assist New Brunswick patients and families manage through the health care system as smoothly as possible. As of February 2010, one paediatric oncology navigator (for Horizon Health Network) was hired while the hiring process for the second position (RHA 'A' Network) is on-going.

- l'élaboration de plans d'urgence avec des options de recours à l'intérieur et à l'extérieur de la province afin de respecter l'engagement relatif au délai d'attente garanti pour la radiothérapie.

En 2009, le ministère de la Santé a signé une entente avec le Partenariat canadien contre le cancer (PCCC) pour le projet national de stadification du cancer et de production de rapports synoptiques sur les pathologies. Les deux objectifs principaux du projet sont de saisir par voie électronique des données sur la stadification concertée (l'étendue de la tumeur au moment du diagnostic) fondées sur la population pour les cancers du sein, colorectaux, du poumon et de la prostate et de mettre en œuvre des outils pour la création de rapports pathologiques synoptiques dans la province à l'aide des listes de vérification et des protocoles liés au cancer mis au point par le College of American Pathology (CAP). L'utilisation des listes de vérification du College of American Pathology pour le cancer a été approuvée par l'Association canadienne des pathologistes et par l'Association des médecins de laboratoire du Nouveau-Brunswick en 2009 en tant que norme sur les rapports relatifs aux échantillons pathologiques du cancer. L'adoption de la norme provinciale sur les rapports pathologiques garantira que les données requises relatives aux tumeurs et aux stades du cancer seront disponibles dans les rapports pathologiques pour faciliter le diagnostic et les décisions de traitement.

La priorité principale du réseau dans ses efforts visant la réduction du fardeau du cancer dans la province consiste à établir des programmes de dépistage et de prévention du cancer et à les améliorer. À cet égard, les travaux de planification pour la mise en œuvre d'un programme provincial de dépistage du cancer du col utérin se sont poursuivis en 2009-2010, axés essentiellement sur l'élaboration d'un dépôt de données de technologie de l'information ainsi que de directives en matière de pratique clinique pour le programme. Le programme devrait être opérationnel à l'échelle de la province dans environ deux ans.

En 2009, le ministre de la Santé a annoncé l'instauration, sur trois exercices financiers à compter d'avril 2010, d'un programme provincial de dépistage du cancer colorectal. Au moyen du programme de dépistage, on prévoit la réduction significative du fardeau du cancer colorectal, le deuxième cancer le plus courant dans la province.

Les investissements du gouvernement provincial, combinés aux efforts communautaires réalisés en matière de levée de fonds, ont permis l'introduction de la mammographie numérique en 2009 dans certains centres de dépistage du cancer du sein de la province. Cette nouvelle technologie augmentera davantage les efforts des Services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick en vue d'atteindre un taux de participation biennal de 70 pour cent au dépistage du cancer du sein chez les femmes du groupe d'âge cible de 50 à 69 ans.

L'oncologie pédiatrique demeure l'une des priorités du réseau. En collaboration avec d'autres divisions du ministère de la Santé et avec les régies régionales de la santé (RRS), on a créé deux postes d'intervenants-pivots pour les patients en oncologie pédiatrique dans chacune des deux régies régionales de la santé. Ces intervenants-pivots aideront les patients et les familles Néo-Brunswickois à faire face au système de soins de santé en douceur. En février 2010, on a embauché un intervenant-pivot en oncologie pédiatrique (pour le Réseau de santé Horizon), tandis que le processus d'embauche pour le deuxième poste (Réseau de la régie régionale de la santé A) est toujours en cours.

NBCN continued its involvement with the national Pan Canadian Oncology Drug Review (formerly Joint Oncology Drug Review), a national process for the review and recommendation of new cancer drugs. It is expected that this initiative will improve the consistency and transparency of drug funding decisions across the country. In January 2010, NBCN implemented a collaborative process, with Oncologist and Pharmacist representation from across the province, to ensure equity of access to cancer drugs in both RHAs.

The NB Provincial Cancer Registry (PCR), located in Saint John and under NBCN, continues to submit high quality patient and tumor information which is used for cancer surveillance and cancer program planning and evaluation. The NB PCR is certified nationally and internationally.

In 2009-10, along with fulfilling different data requests from various government sections, NGOs and researchers, NBCN's epidemiological team continued its work on the provincial cancer report for the period of 2002-06, which is expected to be released during the summer of 2010. As well, NBCN was involved with a number of organizations which conducted research or studies on cancer-related topics (eg. National Research Council, Public Health Agency of Canada, Conservation Council of New Brunswick, University of Ottawa).

In 2009-10, NBCN continued to participate as a member of the System Performance National Steering Committee, convened by the Canadian Partnership Against Cancer to guide the National Cancer Control System Performance Initiative. The primary objective of this initiative is to identify and facilitate reporting of cancer control indicators across provincial jurisdictions and throughout the cancer control continuum. "The System Performance Initiative – A First Year Report" on the status of cancer control in Canada was published in October 2009 and a second report is expected to be released in the fall of 2010.

Consultations with stakeholders, such as the New Brunswick Hospice Palliative Care Association, occurred in 2009-10 and will assist NBCN with the development of a palliative care strategy for the province.

In 2009-10, NBCN continued its discussions with the New Brunswick Health Research and Innovation Council towards fostering a provincial approach to cancer research. Also, the Government of New Brunswick announced a major commitment to cancer research by way of a $5 million investment over five years to the Atlantic Cancer Research Institute, based in Moncton.

NBCN participated on various provincial, regional and national oncology initiatives, such as committees, networks, working groups and meetings, to ensure input into policy and the development of cancer strategies across the country, such as the Canadian Partnership Against Cancer (CPAC); Canadian Breast Cancer Screening Initiative; the Canadian Association of Provincial Cancer Agencies (CAPCA); and the Atlantic Provinces Pediatric Hematology and Oncology Network (APPHON). NBCN was also engaged with cancer stakeholders through

Réseau cancer Nouveau-Brunswick a poursuivi sa participation à l'examen national pancanadien des médicaments oncologiques (appelé auparavant examen conjoint de médicaments oncologiques), un processus national d'examen et de recommandation des nouveaux médicaments oncologiques. On prévoit que cette initiative améliorera l'uniformité et la transparence des décisions de financement des médicaments dans l'ensemble du pays. En janvier 2010, le RCNB a mis en œuvre un processus de collaboration, avec la représentation d'oncologues et de pharmaciens provenant de l'ensemble de la province, afin d'assurer une égalité d'accès aux médicaments oncologiques dans les deux régies régionales de la santé.

Le Registre du cancer du Nouveau-Brunswick, situé à Saint John et relevant du réseau, continue de présenter des renseignements de haute qualité sur les patients et les tumeurs, lesquels sont utilisés pour assurer un suivi de contrôle du cancer ainsi que la planification et l'évaluation du programme de lutte contre le cancer. Le registre est accrédité sur le plan national et international.

En 2009-2010, tout en répondant aux différentes demandes de données de la part de diverses sections du gouvernement, d'organisations gouvernementales et de chercheurs, l'équipe épidémiologique du réseau a poursuivi ses travaux relatifs au rapport provincial sur le cancer pour la période 2002-2006. Ce rapport devrait être publié pendant l'été 2010. De même, le réseau a apporté sa participation à plusieurs organismes qui ont mené des recherches ou des études sur des sujets liés au cancer (le Conseil national de recherches, l'Agence de la santé publique du Canada, le Conseil de la conservation du Nouveau-Brunswick, l'université d'Ottawa).

En 2009-2010, Réseau cancer Nouveau-Brunswick a continué à apporter sa participation en tant que membre du comité national de direction sur le rendement du système, convoqué par le Partenariat canadien contre le cancer, afin de guider l'initiative sur le rendement du système national de lutte contre le cancer. Le principal objectif de cette initiative est de définir et de faciliter les rapports sur les indicateurs de contrôle du cancer dans les compétences provinciales et tout au long du continuum de la lutte contre le cancer. Le rapport L'initiative sur le rendement du système – Un premier rapport annuel présente la situation de la lutte contre le cancer au Canada et il a été publié en octobre 2009; un deuxième rapport devrait être publié à l'automne 2010.

Des consultations avec des intervenants tels que la New Brunswick Hospice Palliative Care Association ont eu lieu en 2009-2010 et elles aideront Réseau cancer Nouveau-Brunswick à mettre sur pied une stratégie de soins palliatifs pour la province.

En 2009-2010, le réseau a poursuivi son débat avec le nouveau Conseil de la recherche et de l'innovation en matière de santé du Nouveau-Brunswick au sujet de l'encouragement d'une stratégie provinciale de recherche sur le cancer. Par ailleurs, le gouvernement a annoncé un engagement important dans la recherche sur le cancer en offrant un investissement de cinq millions de dollars sur cinq ans à l'Institut atlantique de recherche sur le cancer, situé à Moncton.

Réseau cancer Nouveau-Brunswick a participé à divers projets provinciaux, régionaux et nationaux en matière d'oncologie, notamment à des comités, à des réseaux, à des groupes de travail et à des réunions, et a fourni des commentaires sur la politique et l'élaboration de stratégies relatives au cancer au pays, comme le Partenariat canadien contre le cancer (PCCC), l'Initiative canadienne de dépistage du cancer du sein, l'Association canadienne des organismes provinciaux de lutte contre le cancer (ACOPLC) et le Réseau d'oncologie et d'hématologie pédiatrique des provinces atlantiques (ROHPPA). Le réseau a aussi amorcé

meetings facilitated by the New Brunswick Division of the Canadian Cancer Society. NBCN continued its involvement with the New Brunswick Surgical Care Network in 2009-10. As well, under the chairmanship of NBCN personnel, the provincial MIS Medical Oncology and Radiation Oncology Professional Advisory Groups continued to be active.

NBCN continues to be focused on advancing the professional development of New Brunswick's oncology workforce through promotion of educational opportunities. The 2009 Education Day for New Brunswick Oncology Health Care Professionals was well attended in the spring of 2009.

In 2009-10, NBCN continued to be actively involved in ensuring that New Brunswick meets or exceeds nationally recognized benchmarks related to access to cancer services and wait times:

Wait time benchmark in radiation therapy (patients to receive radiation therapy
within 4 weeks of being ready-to-treat): In 2009-10, on average 86 per cent of New Brunswick patients received radiation therapy within four weeks. Wait times in radiation therapy are reported publicly via the NBCN website.

Cervical cancer screening benchmark (cervical cancer screening for women aged 18 to 69 every three years after two normal tests): Although New Brunswick did not have a provincial screening program in place in 2009-10, opportunistic PAP screening continued through the New Brunswick health care system. Data from the Canadian Community Health Survey, 2005 (Statistics Canada), shows that approximately 77 per cent of New Brunswick women in the 18-69 age group reported having had a Pap smear within the last three years. Planning for the implementation of a provincial Cervical Cancer Screening program continued in 2009-10.

Breast cancer screening benchmark (70 per cent participation rate in breast cancer screening for women aged 50 to 69 every two years): New Brunswick has a population-based screening program (New Brunswick Breast Cancer Screening Services) for this target age group. The most current two-year provincial average participation rate for women between the ages of 50 to 69 years from April 1, 2006 to March 31, 2008 was 53.7 per cent (see Figure 1).

The New Brunswick Breast Cancer Screening Services (NB BCSS) is a provincial program that provides screening mammography every two years to women between the ages of 50 and 69 years and by physician referral for women outside this age range. Screening mammography is offered at 16 sites throughout the province. The NB BCSS is a shared responsibility between the Department of Health (under NBCN) and the regional health authorities.

un dialogue avec les intervenants dans le cadre de réunions organisées par la Division du Nouveau-Brunswick de la Société canadienne du cancer. Réseau cancer Nouveau-Brunswick a continué à participer au Réseau de soins chirurgicaux du Nouveau-Brunswick en 2009-2010. De plus, sous la présidence du personnel du réseau, les groupes consultatifs professionnels du SIG sur l'oncologie médicale et la radiothérapie demeurent actifs à l'échelle provinciale.

Le RCNB continue à se concentrer sur la progression du perfectionnement professionnel de l'effectif en oncologie au Nouveau-Brunswick, par l'entremise de l'encouragement de possibilités de formation. La Journée de perfectionnement 2009 pour les professionnels en oncologie a connu un taux de participation élevé au printemps 2009.

En 2009-2010, le réseau a continué à veiller à ce que le Nouveau-Brunswick satisfasse ou dépasse les points de référence reconnus à l'échelle nationale pour l'accès aux services de lutte contre le cancer et les délais d'attente.

Point de référence pour les délais d'attente en radiothérapie (patients devant suivre une radiothérapie dans un délai de quatre semaines à partir du moment où ils sont prêts à recevoir un traitement) : En 2009-2010, 86 pour cent des patients en moyenne au Nouveau-Brunswick ont reçu une radiothérapie dans un délai de quatre semaines. Les délais d'attente en radiothérapie sont signalés au public par la page Web du Réseau cancer Nouveau-Brunswick.

Point de référence du dépistage du cancer du col de l'utérus (chez les femmes âgées de 18 à 69 ans tous les trois ans après deux tests normaux) : Même si le Nouveau-Brunswick ne possédait pas de programme provincial de dépistage en 2009-2010, le dépistage opportuniste par test de Papanicolaou a été maintenu dans le système de soins de santé du Nouveau-Brunswick. D'après les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005 (Statistique Canada), environ 77 pour cent des femmes du Nouveau-Brunswick du groupe d'âge de 18 à 69 ans ont indiqué avoir passé un test de Papanicolaou au cours des trois dernières années. La planification en prévision de la mise en place d'un programme provincial de dépistage du cancer du col utérin s'est poursuivie en 2009-2010.

Point de référence du dépistage du cancer du sein (taux de participation de 70 pour cent du dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées de 50 à 69 ans, tous les deux ans) : Le Nouveau-Brunswick offre un programme de dépistage basé sur la population (Services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick) pour ce groupe d'âge cible. Le taux de participation moyen tous les deux ans à l'échelle de la province pour les femmes âgées de 50 à 69 ans du 1er avril 2006 au 31 mars 2008 était de 53,7 pour cent (voir la figure1).

Le Service de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick est un programme provincial qui offre des mammographies de dépistage tous les deux ans aux femmes âgées de 50 à 69 ans et sur recommandation d'un médecin pour les femmes en dehors de cette plage d'âge. La mammographie de dépistage est offerte dans seize établissements de la province. Le Service de dépistage est une responsabilité partagée entre le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick (sous l'autorité du Réseau cancer Nouveau-Brunswick) et les régies régionales de la santé.

NBCN continues to strive for the NB BCSS to achieve the benchmark goal of a 70 per cent two-year participation rate for women 50 to 69 years of age. Attaining this goal is expected to reduce the mortality from breast cancer by approximately 30 per cent.

Figure 1 - New Brunswick Breast Cancer Screening Service - Biennial Participation rate in women 50 to 69 years - Fiscal years 2006-07 and 2007-08

Zone	Number of women screened	Number of women in target population	Participation rate
1 **Moncton**	14,263	23,979	59.48%
1B	*5,446*		
1SE	*8,817*		
2 **Saint John**	9,175	20,927	43.84%
3 **Fredericton**	11,104	19,733	56.27%
4 **Edmunston**	3,717	6,710	55.40%
5 **Campbellton**	2,457	3,986	61.65%
6 **Bathurst**	5,012	11,396	43.98%
7 **Miramichi**	4,072	5,959	68.33%
NB	**49,800**	**92,689**	**53.73%**

Source – NB Cancer Network using Breast Cancer Screening Service Database and Medicare resident registry.

Medicare

The objective of Medicare is to ensure payment of medically required services for eligible New Brunswick residents, including hospitalization outside the province. This objective is reached through the activities of Medicare Insured Services and Physician Remuneration and Medicare Eligibility and Claims Units.

The Medicare Insured Services and Physician Remuneration Unit is responsible for policy development, project management, provision of expert guidance on corporate and health policy issues and appeals regarding Medicare coverage. The unit is responsible for physician remuneration: this includes the negotiation and interpretation of the Fee for Service Master Agreement and any subsidiary agreements with the New Brunswick Medical Society.

Medicare Insured Services and Physician Remuneration is also accountable for the formal consultative process for discussion of compensation and human resources issues affecting salaried physicians in Parts I and III of the Public Service. The objective is to reach consensus on required changes to the Medical Pay Plan. The parties included in this process are the New Brunswick Medical Society, the Department of Health and the Office of Human Resources.

The Medicare Eligibility and Claims is responsible for the eligibility and registration of New Brunswick for Medicare coverage, the registering of physicians, liaising with physicians as well as processing and, when applicable, the payment of in and out-of-country claims. Medicare Eligibility and Claims also audits physician's billings to ensure these are billed according to legislation and the Fee-For-Service agreement. The unit also manages an advocacy service informing New Brunswick residents of

Le réseau continue à se battre pour que le Service de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick atteigne l'objectif-repère d'un taux de participation de 70 pour cent pour les femmes âgées de 50 à 69 ans, ce qui devrait réduire la mortalité causée par le cancer du sein d'environ 30 pour cent.

Figure 1 - Service de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick - Taux de participation biennal chez les femmes de 50 à 69 ans - Années financières 2006-2007 et 2007-2008

Zone	Nombre de femmes ayant fait l'objet d'un dépistage	Nombre de femmes dans la population cible	Taux de participation
1 **Moncton**	14 263	23 979	59,48 %
1B	*5 446*		
1SE	*8 817*		
2 **Saint John**	9 175	20 927	43,84 %
3 **Fredericton**	11 104	19 733	56,27 %
4 **Edmundston**	3 717	6 710	55,40 %
5 **Campbellton**	2 457	3 986	61,65 %
6 **Bathurst**	5 012	11 396	43,98 %
7 **Miramichi**	4 072	5 959	68,33 %
Total pour le N.-B.	**49 800**	**92 689**	**53,73 %**

Source : RCNB à l'aide de la base de données sur le dépistage du cancer du sein et du registre des résidents pour l'Assurance- maladie.

Régime d'assurance-maladie

Le régime d'assurance-maladie a pour objet d'assurer aux gens du Nouveau-Brunswick le paiement des services médicaux, y compris l'hospitalisation à l'extérieur de la province. Cet objectif est atteint par les activités de l'Unité des services assurés et de la rémunération des médecins et de l'Unité d'admissibilité et des demandes de prestations de l'Assurance-maladie.

L'unité des services assurés et de la rémunération des médecins de l'Assurance-maladie est chargée de l'élaboration des politiques, de la gestion des projets, de la prestation de conseils spécialisés sur les questions stratégiques relatives à la santé et ministérielles, ainsi que des appels concernant la couverture de l'Assurance-maladie. L'unité est chargée de la rémunération des médecins : on entend par cela la négociation et l'interprétation de l'entente cadre sur la rémunération à l'acte et des ententes auxiliaires conclues avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick.

L'unité de l'Assurance-maladie est responsable également du processus de consultation officiel sur les indemnités et les questions de ressources humaines concernant les médecins salariés des parties I et III des services publics. Le but est d'atteindre un consensus sur les changements devant être apportés au régime. Les parties comprises dans le processus sont la Société médicale du Nouveau-Brunswick, le ministère de la Santé et le Bureau des ressources humaines.

L'unité d'amissibilité et de demandes de prestations de l'Assurance-maladie est chargée de l'admissibilité et de l'inscription des résidents du Nouveau-Brunswick à la couverture de l'Assurance-maladie, de la liaison avec les médecins, du traitement et, lorsqu'il y a lieu, du paiement des réclamations provenant de l'intérieur et de l'extérieur du pays. L'unité de l'Assurance-maladie vérifie également la facturation des médecins pour s'assurer que les factures sont conformes à la loi et aux ententes de rémunération à l'acte. Elle gère également un service de représentation qui

their rights when dealing with Medicare.

In fiscal 2009-10:

- The number of eligible residents increased by 0.1 per cent, from 742,974 in 2008-09 to 744,048 in 2009-10.
- The number of fee-for-service physicians remained unchanged at 1,067 from 2008-09 to 2009-10, while for the same time period, the number of salaried physicians increased from 419 to 436 or an increase of 4.1 per cent. The number of physicians paid by other methods including sessional decreased from 249 to 240 or a decrease of 3.6 per cent.

Accessibility to medical services is measured in two ways: the total number of physicians who provide services, and their distribution throughout the province. The total number of physicians paid increased from 1,735 to 1,743 or an increase of 0.5 per cent from 2008-09 to 2009-10. For the same time period, the proportion of physicians who worked in a rural setting (defined as beyond 40 kilometers of Fredericton, Moncton and Saint John) remained unchanged at 36 per cent.

Health Emergency Management Services

The department is committed to ensuring that the province's health care system maintains a level of readiness to enable it to respond quickly and effectively to all health and medical emergencies, regardless of location, cause or magnitude. Small-scale emergencies, including traffic accidents, are considered routine within the context of the province's health care system. However, large-scale events, such as pandemic flu, or mass casualty incidents, demand advance planning and coordinated response in order for such emergencies to be managed effectively. Health Emergency Management provides the corporate leadership and guidance to address this need through the use of best practices and continuous improvement in programming.

The mission of Health Emergency Management is to build capacity (plans, resources and training) and a state of readiness to enable the health care system to effectively respond to incidents where the health of large numbers of people may be at risk. The achievement of this goal is dependent upon the collaborative effort of all sectors of the health care system, volunteer groups, the private sector, other levels of government and the general public. It is also dependent upon the forging of strong partnerships and support mechanisms between emergency response agencies including Emergency Measures Organization, fire, police and ambulance services. Coordinated planning and response is one of the fundamental principles guiding effective health emergency management.

In 2009-10, Health Emergency Management Services continued to focus on the state of readiness through the following:

- Worked with regional health authority emergency management officials to develop and implement preparedness plans, guides and protocols.
- Collaborated with other provinces and Public Health Agency of Canada's Center for Emergency

informe les résidents du Nouveau-Brunswick de leurs droits dans leurs relations avec l'Assurance-maladie.

Au cours de l'exercice financier 2009-2010 :

- Le nombre de résidents admissibles a augmenté de 0,1 pour cent, en passant de 742 974 en 2008-2009 à 744 048 en 2009-2010.
- Le nombre de médecins rémunérés à l'acte est resté le même, soit 1 067, entre 2008-2009 et 2009-2010, alors que pour la même période, le nombre de médecins salariés a augmenté en passant de 419 à 436, soit une augmentation de 4,1 pour cent. Le nombre de médecins payés par d'autres méthodes, notamment à la vacation, a chuté en passant de 249 à 240, soit une diminution de 3,6 pour cent.

L'accessibilité aux services médicaux est mesurée de deux façons : le nombre total de médecins offrant des services et leur répartition à l'échelle de la province. Le nombre total de médecins payés est passé de 1 735 à 1 743, soit une augmentation de 0,5 pour cent entre 2008-2009 et 2009-2010. Pendant la même période, la proportion de médecins ayant travaillé en milieu rural (défini comme un endroit se trouvant à plus de 40 kilomètres de Fredericton, de Moncton et de Saint John) est restée inchangée, soit 36 pour cent.

Services de gestion des interventions d'urgence

Le ministère s'assure que le système de soins de santé de la province peut répondre rapidement et efficacement à toutes les urgences médicales et sanitaires, quels que soient l'endroit, la cause ou l'ampleur. Les petites urgences, comme les accidents de circulation, sont considérées comme des situations routinières dans le contexte du système de soins de santé de la province. Toutefois, les incidents de grande envergure, comme la pandémie d'influenza ou les accidents faisant beaucoup de blessés, exigent beaucoup de ressources, une planification d'urgence et une coordination des efforts pour que ces urgences soient bien gérées. La Gestion des interventions d'urgence fournit une direction et de l'aide pour répondre à ce besoin, en adoptant des méthodes exemplaires et en améliorant constamment les programmes.

La mission des Services de gestion des interventions d'urgence en santé consiste à développer la capacité (plans, ressources et formation) afin que le système de soins de santé puisse intervenir de manière efficace en cas d'incidents pouvant mettre en danger la santé d'un grand nombre de personnes. La réalisation de cet objectif dépend des efforts collectifs de tous les secteurs du système de soins de santé, des groupes de bénévoles, du secteur privé, d'autres ordres de gouvernement et du grand public. Elle dépend également de la création de solides partenariats et d'un mécanisme de soutien entre les agences d'intervention d'urgence, y compris l'Organisation des mesures d'urgence, et les services de police, d'incendie et d'ambulance. La planification et l'intervention coordonnées constituent un des principes fondamentaux qui orientent une gestion efficace des interventions en cas d'urgence en matière de santé.

En 2009-2010, les Services de gestion des interventions d'urgence ont continué de se concentrer sur l'état de préparation en procédant comme suit :

- Collaboration avec les agents de gestion des cas d'urgence des régies régionales de la santé pour l'élaboration et la mise en œuvre de plans de préparation, de guides et de protocoles.
- Collaboration avec d'autres provinces et le Centre des mesures et d'interventions d'urgence de l'Agence de la santé publique

Preparedness and Response to integrate health emergency preparedness activities across the country.

- Continued with refurbishment project with respect to the National Emergency Stockpile System (NESS) located throughout the province. The NESS has been designed to ensure that there are enough federal health care supplies available to help affected communities during times of extreme emergency or disaster. Specific activities included: site visits and audits to determine quantity and quality of NESS supplies, status of custodianship; and renewed Memorandums of Agreement with custodians charged with responsibility for storing and managing NESS supplies.
- Commenced work to update the provincial Health Emergency Management Plan (HEMP) in accordance with the new health system structure and organization. The HEMP is aimed at prescribing the organization and measures to be implemented when responding to an emergency situation with possible or actual health impacts on New Brunswick.
- Updated the Emergency Operations Centre Procedures Manual and emergency checklists.
- Began work to update the Department of Health Duty Officer Protocol in accordance with the new health system structure and organization.
- Updated the Business Continuity Plan for the department to ensure the department maintains critical services during a disaster and to provide protection of corporate assets.
- Drafted a provincial Emergency Management Program manual.
- Collaborated with other departments of government and the Emergency Measures Organization to ensure that the department's emergency management planning efforts are integrated into the larger government-wide plan
- Continued to focus on building capacity, developing contingency plans and building strong partnerships with other agencies and departments involved in emergency response
- In collaboration with regional health authorities, began work to standardize provincial Emergency Codes for New Brunswick health care facilities, including associated policies and procedures.

Pandemic Planning and Response

The most significant hazardous event that the province will face is pandemic influenza. Pandemic influenza preparedness planning in New Brunswick, as in all the provinces and territories, continues at both the provincial and regional levels. The goal of this planning effort is to minimize serious illness, overall deaths, and societal disruption among New Brunswickers by providing access to appropriate prevention, care and treatment.

Realizing that the pandemic will affect all sectors of health care, and in keeping with the departmental "all hazards" approach to emergency planning, a comprehensive provincial pandemic preparedness planning structure and

du Canada pour intégrer les activités de préparation en cas d'urgence en matière de santé dans l'ensemble du pays.

- Poursuite du projet de remise à neuf concernant la Réserve nationale de secours située dans l'ensemble de la province. La Réserve nationale de secours a été conçue pour veiller à ce qu'il y ait suffisamment de fournitures médicales fédérales pour aider les collectivités touchées en cas d'urgence ou de catastrophe extrême. Les activités précises comprenaient les visites et vérification sur le site pour déterminer la quantité et la qualité des fournitures de la Réserve, l'état du dépôt, ainsi que le renouvellement des protocoles d'entente avec les gardiens responsables de l'entreposage et de la gestion des fournitures de la Réserve.
- Début des travaux de mise à jour du Plan provincial de gestion des interventions d'urgence en santé (PGIUS), en accord avec la nouvelle structure et la nouvelle organisation du système de santé. Le Plan provincial de gestion des interventions d'urgence en santé vise à prescrire l'organisation et les mesures à mettre en œuvre au moment de réagir à une situation d'urgence ayant des répercussions éventuelles ou réelles sur la santé au Nouveau-Brunswick.
- Préparation du manuel sur les procédures du Centre des opérations d'urgence et des listes de vérification d'urgence.
- Début des travaux de mise à jour du protocole destiné à l'agent de service du ministère de la Santé, en accord avec la nouvelle structure et la nouvelle organisation du système de santé.
- Mise à jour du plan de continuité des activités à l'intention du ministère de la Santé pour que celui-ci maintienne des services essentiels en cas de catastrophe et qu'il assure la protection des biens d'entreprise.
- Rédaction d'un manuel relatif au programme provincial de gestion des situations d'urgence.
- Collaboration avec d'autres ministères du gouvernement et l'Organisation des mesures d'urgence pour s'assurer que les efforts de planification du ministère en matière de gestion des situations d'urgence sont intégrés au plan gouvernemental.
- Concentration continue des efforts sur le renforcement des capacités, l'élaboration de plans d'urgence et la création de solides partenariats avec d'autres organismes et ministères participant aux interventions d'urgence.
- En collaboration avec les régies régionales de la santé, début des travaux de normalisation des codes d'urgence pour les établissements de soins de santé au Nouveau-Brunswick, notamment les politiques et procédures connexes.

Planification et intervention en cas de pandémie

Le danger le plus important auquel la province fera face est la pandémie d'influenza. La planification de la préparation en cas de grippe pandémique au Nouveau-Brunswick, ainsi que dans toutes les provinces et tous les territoires, se poursuit à l'échelle régionale et à l'échelle provinciale. Le but de cette planification est de minimiser les maladies graves, le nombre global de décès et la perturbation sociale chez les Néo-Brunswickois en assurant un accès à des soins, à des traitements et à des services de prévention appropriés.

En tenant compte du fait que la pandémie touchera tous les secteurs des soins de santé, et conformément à l'approche du ministère pour tous les dangers en matière de planification d'urgence, une structure de planification provinciale globale de

work plan has been developed to guide the effort and to enhance communication, coordination and information flow among the various stakeholders.

In April 2009, a new influenza virus was spreading rapidly around the world. By June 2009, the World Health Organization had declared a pandemic and countries around the world, including Canada were dealing with its health and societal impacts. The health response to the H1N1 pandemic outbreak in New Brunswick was led by the Department of Health.

Pandemic Influenza Preparedness Planning and Response Initiatives in 2009-10:

In response to the 2009 H1N1 Pandemic Outbreak:

- Organized and coordinated the departmental and health system response. This included overseeing through the period, April – December 2009 the activation, management and operation of the Department of Health Emergency Operations Centre, and collaborating / coordinating response activities with federal and other provincial government departments and agencies, RHAs, Ambulance New Brunswick, FacilicorpNB and other health system stakeholders.
- Procured necessary equipment and supplies to prepare health system.
- Coordinated the development of health system planning and response guidelines and protocols specific to H1N1, including: First Nations, Health Care Services, TeleCare, Communications, Infection Control, Anti-Viral and Pharmacy, Public Health Measures, Immunization, Human Resources, Supply Chain and others.
- Collaborated with and participated on pan-Canadian response initiatives and committees at the federal and inter-provincial/territorial level
- Deployed as part of the provincial pandemic stockpile system necessary health supplies and equipment to RHAs.
- Coordinated the establishment and activation of the provincial Anti-Viral medication distribution system.
- Prepared and activated a health system recovery plan.
- As part of the recovery process, coordinated and participated in the health system response after action review.
- Participated in the provincial government after action review.

General Pandemic:

- Continued to work with regional health authorities and other key stakeholders on pandemic influenza preparedness planning and response.
- Continued to participate in H1N1 / pandemic planning at the federal and inter-provincial/territorial level

préparation en cas de pandémie et un plan de travail ont été établis pour orienter les efforts et améliorer la coordination des communications et la circulation de l'information entre les divers intervenants.

En avril 2009, un nouveau virus de la grippe se propageait rapidement dans le monde. En juin 2009, l'Organisation mondiale de la santé avait déclaré une pandémie et certains pays dans le monde, dont le Canada, affrontaient ses répercussions sur la santé et la société. L'intervention sanitaire face à une vague de la grippe pandémique H1N1 au Nouveau-Brunswick était dirigée par le ministère de la Santé.

Initiatives de planification de la préparation et d'intervention en cas de grippe pandémique en 2009-2010 :

Intervention face à la vague de grippe pandémique H1N1 en 2009 :

- Organisation et coordination de l'intervention ministérielle et du système de santé. Elles comprenaient une supervision, d'avril à décembre 2009, de l'activation, la gestion et l'exploitation du Centre des opérations d'urgence (COU) du ministère de la Santé, ainsi que la collaboration et la coordination des activités d'intervention avec les ministères et organismes gouvernementaux fédéraux et provinciaux, les régies régionales de la santé, Ambulance Nouveau-Brunswick, FacilicorpNB et d'autres intervenants du système de santé.
- Mise à disposition de l'équipement et des fournitures nécessaires pour préparer le système de santé.
- Coordination de l'élaboration des directives et de protocoles en matière de planification et d'intervention propres à la grippe H1N1 par le système de santé, y compris les Premières Nations, les services de soins de santé, Télé-Soins, les communications, le contrôle des infections, les antiviraux et les pharmacies, les mesures de santé publique, l'immunisation, les ressources humaines, la chaîne d'approvisionnement, etc.
- Collaboration et participation aux initiatives et aux comités d'intervention pancanadiens au niveau fédéral et au niveau interprovincial et interterritorial.
- Déploiement dans le cadre du système de réserve provinciale de fournitures et de matériel sanitaires nécessaires en cas de pandémie pour les régies régionales de la santé.
- Coordination de la création et de l'activation du système de répartition des médicaments antiviraux.
- Préparation et mise en route d'un plan de rétablissement du système de santé.
- Dans le cadre du processus de rétablissement, coordination et participation à l'intervention du système de santé après examen des actions.
- Participation au gouvernement provincial après l'examen des actions.

Pandémie générale :

- Poursuite du travail avec les régies régionales de la santé et d'autres intervenants clés sur la planification de la préparation et l'intervention en cas de grippe pandémique.
- Participation continue à la planification en cas de pandémie/ de grippe H1N1 à l'échelle fédérale, interprovinciale et interterritoriale.

- Under the oversight and guidance of the Provincial Pandemic Preparedness Steering Committee, continued with the development and updating of the New Brunswick Pandemic Influenza Plan.
- Continued work of pandemic working groups to identify and resolve issues, and to develop and update provincial planning and policy frameworks and/or guidelines for pandemic preparedness actions in key functional areas of the health system
- In collaboration with RHAs and FacilicorpNB, completed rotation and deployment plans relating to the provincial pandemic stockpile of health supplies and equipment.
- Commenced rotation of pandemic supplies within regional health authorities to ensure minimum wastage.
- In collaboration with Ambulance New Brunswick , supported the establishment of a stockpile supply and management system for the ambulance system.
- Continued to update protocols and requirements associated with the provincial stockpile, in accordance with national and provincial assumptions.

Communications

Communication services are coordinated by the Communications Branch working with departmental staff. Services include provision of strategic advice to senior management, media relations, ensuring public access to information about the department's programs and services, coordination of the development of educational and public awareness materials, and maintenance of the department's Web site www.gnb.ca/health

Other services include:

- Issues management
- Legislative and ministerial support
- Development and production of educational and promotional materials
- Social marketing
- Crisis communications management
- Web site management
- Advertisement
- Speech and news release writing
- Graphic design
- Public information
- Media monitoring
- Project management
- Editing and revising
- Emergency preparedness planning

- Sous la supervision et la direction du Comité directeur provincial de préparation à la pandémie, élaboration et révision continues du Plan de lutte du Nouveau-Brunswick contre la grippe pandémique.
- Travail continu des groupes de travail provinciaux sur la lutte contre la pandémie pour cerner et résoudre les problèmes ainsi que pour élaborer des cadres stratégiques ou des lignes directrices à l'échelle de la province en matière de planification visant des mesures d'intervention en cas de pandémie dans des domaines fonctionnels clés du système de santé.
- En collaboration avec les régies régionales de la santé et FacilicorpNB, exécution de plans de rotation et de déploiement concernant la réserve provinciale de fournitures et de matériel sanitaires en cas de pandémie.
- Début de la rotation des fournitures prévues en cas de pandémie au sein des régies régionales de la santé pour garantir un minimum de gaspillage.
- En collaboration avec Ambulance Nouveau-Brunswick, soutien de la création d'un système d'approvisionnement et de gestion des réserves pour le système d'ambulances.
- Poursuite de la mise à jour des protocoles et des exigences liés à la réserve provinciale, conformément aux hypothèses nationales et provinciales.

Communications

La Direction des communications coordonne les services de communication de concert avec le personnel du ministère. Elle offre notamment des conseils stratégiques aux cadres supérieurs et s'occupe des relations avec les médias, en veillant à ce que le public ait accès à l'information pertinente sur les programmes et les services du ministère. En outre, elle coordonne la préparation des documents visant à informer et à sensibiliser le public et elle est chargée de la maintenance du site Web du ministère, www.gnb.ca/santé

Voici d'autres services offerts :

- gestion des enjeux;
- soutien législatif et ministériel;
- préparation et production du matériel pédagogique et promotionnel;
- marketing social;
- gestion des communications en situation de crise;
- gestion du site Web;
- publicité;
- rédaction de discours et de communiqués;
- conception graphique;
- information publique;
- relevé des nouvelles;
- gestion de projet;
- travail éditorial et révision;
- planification des mesures d'urgence.

Contract Management and Corporate Support Services

This branch is responsible for directing and coordinating the delivery of all essential auxiliary services to the department. These services include: contract management, facilities management, purchasing, records and information management, departmental library, translation and interpretation, telephones, vehicle management, identification cards, mailroom, security, parking, photocopying and asset inventory. The branch is also responsible for managing the Third Party Liability Unit, which recovers healthcare costs associated with personal injury claims caused by a negligent act.

The branch has focused its efforts over the last year on supporting the department's response to H1N1 as well as enhancing the department's Business Continuity Plans.

Official Languages

For the fiscal year 2009-10 a total of four complaints were received concerning official languages in the Department of Health, Regional Health Authority A, Horizon Health Network, Facilicorp, Ambulance NB and the New Brunswick Health Council.

Of these four, one was withdrawn by the complainant. The other three were substantiated and closed within the year.

Office of Associate Deputy Minister of Health

The Associate Deputy Minister plays a key role in developing health care policy and ensuring delivery of health services in francophone communities, to ensure the delivery of quality health services in both official languages to all New Brunswickers.

The office plans, develops, implements, and oversees Medicare Eligibility and Claims, and Medicare Insured Services and Physician Remuneration, health human resources planning, rural health and the medical education programs at the post graduate level and at the undergraduate level in collaboration with Post Secondary Education, Training and Labour. This branch is responsible for measuring the impact of new and proposed health professionals, and to provide advice on issues ranging from Medicare utilization, human resources workforce required to meet the health system needs and design including monitoring the supply and demand of the health workforce.

Francophone and Rural Services

The department and Regional Health Authority A continued to implement of the recommendations contained in the Dialogue on Health report. The report and recommendations can be found at: http://www.gnb.ca/0051/dialogue/dialogue-e.asp

Some of the work done in 2009-2010 includes:

- The medical-education rural training unit at the "Hôpital l'Enfant-Jésus de Caraquet" officially opened on July 7, 2009. Clinical rotations are also done at two

Gestion des contrats et services de soutien ministériels

La direction est chargée de diriger et de coordonner la prestation de tous les services auxiliaires essentiels au ministère. Ces services comprennent : la gestion des contrats et des installations, les achats, la gestion des archives et de l'information, la bibliothèque du ministère, les services de traduction et d'interprétation, les téléphones, la gestion des véhicules, les cartes d'identité, les salles de courrier, la sécurité, le stationnement, les photocopies et l'inventaire des biens. La direction est aussi responsable de la gestion de la Section des recouvrements auprès des tiers, qui recouvre les coûts des soins de santé liés aux réclamations pour blessure causée par négligence.

Au cours de l'année dernière, la direction a concentré ses efforts sur le soutien de l'intervention ministérielle face à la grippe H1N1 ainsi que sur l'amélioration des plans de continuité des activités du ministère.

Langues officielles

Au cours de l'exercice 2009-2010, quatre plaintes au total ont été déposées concernant les langues officielles au ministère de la Santé, dans la régie régionale de la santé A, au réseau de santé Horizon, à FacilicorpNB, à Ambulance Nouveau-Brunswick et au Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé.

Parmi ces quatre plaintes, l'une d'elles a été retirée par le plaignant. Les trois autres ont été prouvées et clôturées dans le courant de l'année.

Bureau du sous-ministre délégué du ministère de la Santé

Le sous-ministre délégué joue un rôle clé dans l'élaboration des politiques sur les soins de santé et la prestation des services de santé dans les communautés francophones, afin d'offrir des services de santé de qualité dans les deux langues officielles à l'ensemble de la population du Nouveau-Brunswick.

Le bureau planifie, élabore, met en œuvre et supervise les unités de l'admissibilité et de demandes de prestations ainsi que des services assurés et de la rémunération des médecins de l'Assurance-maladie, la planification des ressources humaines en santé, la santé en milieu rural et les programmes d'études de médecine du premier et du deuxième cycle en collaboration avec le ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail. La direction est chargée de mesurer l'incidence des nouveaux professionnels de la santé et les effectifs proposés et de donner des conseils sur diverses questions allant de l'utilisation de l'Assurance-maladie à l'effectif des ressources humaines requis pour répondre aux besoins et aux buts du système de santé, y compris la surveillance de l'offre et la demande de l'effectif en matière de santé.

Services en français et services ruraux

Le ministère et la régie régionale de la santé A ont poursuivi la mise en œuvre de bon nombre des recommandations contenues dans le rapport Dialogue Santé. Le rapport et les recommandations sont présentés à l'adresse suivante : http://www.gnb.ca/0051/dialogue/dialogue-f.asp

Voici certains travaux effectués en 2009-2010 :

- L'unité de formation rurale en enseignement médical, à l'hôpital l'Enfant-Jésus de Caraquet, a officiellement ouvert ses portes le 7 juillet 2009. Des rotations cliniques sont également

other health-care facilities in the area: the Tracadie-Sheila Hospital and the Community Health Centre in Lamèque.

- Eight new medical beds, and four palliative-care beds at the "Hôpital l'Enfant-Jésus de Caraquet" were opened in the summer of 2009.
- A prenatal clinic opened on March 17, 2010. This complements the existing postnatal clinic. The prenatal clinic provides services by means of an interdisciplinary team that include nurses, dieticians and general practitioners for up to 32 weeks. Mothers are then referred to the obstetrical clinics in Bathurst for the remainder of their pregnancy.
- A new family physician has started in Caraquet and Recruitment efforts are ongoing with the RHA and the communities to ensure 24/7 coverage.
- Work on the expansion and renovation of the Tracadie-Sheila Hospital Emergency Room is now underway. The construction is expected to be complete in the fall of 2010.

On-going efforts are made to improve services in French throughout the province. To provide primary care services to Francophones in the Greater Fredericton area, a satellite of the Gibson Health Clinic, the Noreen Richard Health Center, opened its door in June 2009, offering wellness programs.

A Community Health Centre in Saint-Isidore officially opened in March, 2010. The satellite centre is supported by the interdisciplinary team of the "Hôpital l'Enfant-Jésus RHSJ† de Caraquet" and also works closely with physicians throughout the region.

The province has also partnered with the Canadian Rural Health Research Society (CRHRS) in the planning and organization of their 9th Annual conference. This conference entitled, Rural Health: Connecting Research and Policy will be held in Fredericton in September 2010.

On April 8, 2010, as a result of considerable efforts during the course of the fiscal year, the minister introduced amendments to the *Regional Health Authorities Act* and to the *New Brunswick Health Council Act*. Building on the report submitted by Gino LeBlanc, entitled Toward an Improved Health System in French in New Brunswick, which provided a road-map of how New Brunswick can move forward to build upon the health care reforms announced in 2008, in particular in relation to governance and administration of health services for the francophone population.

New Brunswick Career Days

The seventh annual New Brunswick Career Days were held in out-of-province universities where New Brunswickers are studying to become health care professionals. This annual recruitment event provides an opportunity for New Brunswick students and others to meet with representatives of the regional health authorities and departmental staff to discuss diverse employment opportunities within the province's health care system, as well as unique health initiatives. Over 250 students attend the event each year.

effectuées dans deux autres établissements de soins de santé de la région : à l'hôpital de Tracadie-Sheila et au Centre de santé communautaire de Lamèque.

- Huit nouveaux lits médicaux et quatre lits de soins palliatifs ont été ouverts à l'hôpital l'Enfant-Jésus de Caraquet au cours de l'été 2009.
- Une clinique prénatale a ouvert le 17 mars 2010. Celle-ci complète la clinique postnatale existante. La clinique prénatale assure ses services grâce à une équipe interdisciplinaire qui comprend des infirmières, des diététistes et des omnipraticiens pour une période pouvant aller jusqu'à 32 semaines. Les mères sont ensuite aiguillées vers la clinique obstétrique de Bathurst pour le reste de leur grossesse.
- Un nouveau médecin de famille a commencé à Caraquet et les efforts en matière de recrutement se poursuivent avec les régies régionales de la santé et les collectivités pour assurer une couverture médicale 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.
- Les travaux d'agrandissement et de rénovation de la salle d'urgence de l'hôpital de Tracadie-Sheila vont maintenant bon train. Les travaux devraient prendre fin à l'automne 2010.

Les efforts se poursuivent pour améliorer les services en français dans l'ensemble de la province. Pour offrir des services de soins primaires aux francophones dans la région du Grand Fredericton, un centre satellite de la clinique médicale Gibson, le Centre de santé Noreen-Richard, a ouvert ses portes en juin 2009; il offre également des programmes de mieux-être.

Un centre de santé communautaire a officiellement ouvert à Saint-Isidore en mars 2010. Le centre satellite est appuyé par l'équipe interdisciplinaire de l'hôpital l'Enfant-Jésus RHSJ† de Caraquet, et il travaille aussi en étroite collaboration avec des médecins dans toute la région.

La province s'est également associée avec la Canadian Rural Health Research Society (CRHRS) dans la planification et l'organisation de la 9e conférence annuelle. Cette conférence, intitulée Rural Health: Connecting Research and Policy, aura lieu à Fredericton en septembre 2010.

Le 8 avril 2010, grâce aux efforts considérables réalisés au cours de l'exercice financier, le ministre a présenté des modifications à la *Loi sur les régies régionales de la santé* et à la *Loi créant le Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé*. Ces modifications étaient basées sur le rapport soumis par Gino LeBlanc, intitulé Pour un système de santé en français amélioré au Nouveau-Brunswick, qui fournissait une feuille de route sur la façon dont le Nouveau-Brunswick peut aller de l'avant en s'inspirant des réformes de soins de santé annoncées en 2008, surtout par rapport à la gouvernance et à l'administration des services de santé pour la population francophone.

Journées carrières au Nouveau-Brunswick

Pour la septième année, les Journées carrières au Nouveau-Brunswick ont été tenues dans les universités à l'extérieur de la province où les Néo-Brunswickois étudient dans le but de devenir des professionnels de la santé. Cette journée a donné l'occasion aux étudiants Néo-Brunswickois ainsi qu'à d'autres de rencontrer les représentants des régies régionales de la santé et le personnel du ministère afin de discuter des diverses possibilités d'emploi au sein du système de santé de la province ainsi que des initiatives uniques sur la santé. Plus de 250 étudiants participent à l'événement chaque année.

Allied Health Professionals Resource Strategy

To assist in ensuring that the population of New Brunswick can access services from the right mix of health professionals, the provincial Allied Health Resource Strategy included the following initiatives in 2009-10:

Health Bursary Program
The health bursary program consists of bursaries targeting health occupations with identified high vacancy rates and/or high forecasted vacancy rates in the public sector. As such, it is intended to be a relevant and dynamic recruitment strategy which is reviewed on an annual basis. In the fall of 2009, 22 bursaries were awarded to students enrolled in various high priority health professions

Rehabilitation Services: Clinical Education Program
The New Brunswick Clinical Education Program is an innovative strategy implemented several years ago to assist with the recruitment and retention of rehabilitation professionals. The program coordinates the clinical placements in New Brunswick health-care facilities for students enrolled in out-of-province audiology, occupational therapy, pharmacy, physiotherapy, radiation therapy and speech language pathology programs. As such, this program allows students studying out-of-province to return to New Brunswick for their placements, while introducing them to the health care system in New Brunswick. In the academic year 2009-10, the department coordinated almost 250 clinical placements in the regional health authorities.

Nursing Resource Strategy

To ensure New Brunswickers have access to appropriate nursing resources, the New Brunswick government continued to apply its Nursing Resource Strategy in 2009-10:

Reimbursement of Tuition for Refresher Programs

Nurses (RNs) and licensed practical nurses (LPNs) who wanted to re-enter the workforce received reimbursement of their tuition for their refresher program. To ensure access to the nurse refresher program by both linguistic communities, the Nursing Resource Strategy contributed to the translation of the updates of the program offered by Grand MacEwan College in cooperation with the Nurses Association of New Brunswick.

New Brunswick Critical Care Nursing Program

The University of New Brunswick and the Université de Moncton, as well as the regional health authorities, have joined the Department of Health in this unique project to contribute to the preparation of nurses to work in critical care areas, including emergency departments. In 2009-10, 34 nurses benefited from this 17-week program. The program has been converted to a blended approach model including on-line learning.

Optimization of the roles of Nursing Care Providers
This project aims at the best utilization of the nursing care providers in regional health authorities. The use, skills and skill mix of nursing service providers are constantly being reviewed to best utilize the nursing resources throughout

Stratégie en matière de recrutement des professionnels de santé complémentaires et parallèles

En 2009-2010, pour s'assurer que la population du Nouveau-Brunswick a accès aux services de ressources professionnelles en santé, la Stratégie en matière de recrutement des professionnels de santé complémentaires et parallèles comprenait les mesures suivantes :

Programme de bourses dans le domaine de la santé
Ce programme offre des bourses ciblant les professions du secteur de la santé où l'on détermine, ou où l'on prévoit des taux de vacance élevés dans le secteur public. À ce titre, le programme se veut une stratégie de recrutement dynamique et pertinente qui fera l'objet d'une révision annuelle. À l'automne 2009, 22 bourses ont été attribuées à des étudiants inscrits dans diverses professions de la santé hautement prioritaires.

Services de réadaptation : Programme de formation clinique
Le Programme de formation clinique au Nouveau-Brunswick est une stratégie unique qui a été mise en place il y a plusieurs années pour faciliter le recrutement et le maintien en poste des professionnels en réadaptation. Le programme sert à coordonner les stages cliniques dans les établissements de soins de santé du Nouveau-Brunswick des étudiants inscrits à l'extérieur de la province à des programmes d'études en audiologie, en ergothérapie, en pharmacie, en physiothérapie, en radiothérapie, ainsi qu'en orthophonie. Ainsi, ce programme permet aux étudiants inscrits aux programmes de formation à l'extérieur de la province de revenir au Nouveau-Brunswick pour leurs stages cliniques tout en se familiarisant avec le système de soins de santé du Nouveau-Brunswick. Au cours de l'année universitaire 2009-2010, le ministère a coordonné près de 250 stages cliniques dans les régies régionales de la santé.

Stratégie en matière de ressources infirmières

En 2009-2010, afin que les Néo-Brunswickois aient accès à des ressources infirmières compétentes, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a continué à utiliser la Stratégie en matière de ressources infirmières.

Remboursement des frais de scolarité pour les programmes de mise à jour
Les infirmières immatriculées (II) et infirmières auxiliaires autorisées (IAA) qui voulaient réintégrer le marché du travail ont obtenu un remboursement de leurs frais de scolarité pour le programme de recyclage. Afin que les deux communautés linguistiques aient accès au cours de perfectionnement en sciences infirmières, la Stratégie en matière de ressources infirmières a contribué à la traduction des mises à jour du programme offert au collège Grant MacEwan de concert avec l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick.

Programme des soins infirmiers critiques du Nouveau-Brunswick
L'université du Nouveau-Brunswick, l'Université de Moncton et les régies régionales de la santé se sont jointes au ministère de la Santé afin de contribuer, dans le cadre de ce projet unique, à la préparation des infirmières qui souhaitent travailler dans les unités de soins critiques, dont les services d'urgence. En 2009-2010, 34 infirmières ont bénéficié de ce programme d'une durée de 17 semaines. Le programme a adopté un modèle d'approche mixte qui inclut l'apprentissage en ligne.

Optimisation des rôles du personnel infirmier
Le projet a pour but de faire la meilleure utilisation possible du personnel infirmier dans les régies régionales de la santé. Le rôle du personnel infirmier ainsi que ses compétences et sa composition font constamment l'objet de révisions afin de maximiser les

the health care system.

Nurse Practitioner
An Education Subsidy Program benefited 75 student nurse practitioners who are employees in nursing in New Brunswick, by covering tuition and books. At the end of March 2010, New Brunswick had 54 nurse practitioners practicing in various sectors of the health care system: emergency rooms, Community Health Centres, primary care settings, nursing homes, sexual health services, Community Mental Health Centers, and correctional services. Until New Brunswick builds a large enough pool of nurse practitioners, some financial support is provided to physicians who accept the clinical supervision of student nurse practitioners.

Nursing Workforce Planning
Continuous efforts are deployed to ensure sufficient nursing care providers are available to meet future needs. Participation to national, provincial and regional initiatives related to health human resources planning is a means to ensure we are aware of the trends and also benefit from our partners' experience.

Forgivable Loan Program for New Graduate Nurses

Established as a result of the collective agreement between the provincial government and the New Brunswick Nurses Union, relating to nurses employed under Part III of the New Brunswick Public Service, the objective of this program is to maintain nursing graduates within the provincial health care system, particularly in hard-to-recruit positions. The two regional health authorities identified hard-to-recruit-to positions and vacancies in both rural and urban settings. Candidates agree to a two-year return of service. Forty forgivable loans of $10,000 each were granted in 2009-10.

Internationally Educated Health Professionals Initiative
New Brunswick continues to collaborate with the other Atlantic Provinces on issues related to internationally educated nurses.

Introducing the Practice of Midwifery to New Brunswick
To ensure timely access to obstetrics or maternal care the Department of Health began the process of introducing the practice of Midwifery into the New Brunswick health care system. On June 18, 2008 the *Midwifery Act* received Royal Assent in the New Brunswick Legislative Assembly. *The Midwifery Act* will regulate the practice of Midwifery in New Brunswick. Members of the regulatory body, the Midwifery Council of New Brunswick, were appointed by the Lieutenant-Governor in Council in January, 2010. The first of the Council's monthly meetings was held in April, 2010. With approval from the Lieutenant-Governor in Council, the *Midwifery Act* will be proclaimed early in fiscal 2010-11, and midwives will be a new healthcare profession ready to be licensed to practice in New Brunswick.

Physician Assistants
The Stakeholder Committee on the Feasibility of Introducing Physician Assistants presented its report to the minister in March 2009. The committee

ressources infirmières dans l'ensemble du système de soins de santé.

Infirmières/infirmiers praticiens
Le Programme de subvention des études a permis à 75 étudiantes à titre d'infirmières praticiennes, employées en sciences infirmières au Nouveau-Brunswick, de se prévaloir d'un tel programme qui couvre les frais de scolarité et les livres. Fin mars 2010, le Nouveau-Brunswick comptait 54 infirmières praticiennes dans divers secteurs du système de santé : les salles d'urgence, les centres de santé communautaires, les milieux de soins primaires, les foyers de soins, les services de santé sexuelle, les centres de santé mentale communautaires et les services correctionnels. Tant que le Nouveau-Brunswick ne sera pas doté d'un bassin suffisamment important d'infirmières praticiennes, une aide financière sera accordée aux médecins qui accepteront d'assurer la supervision clinique des étudiantes à titre d'infirmières praticiennes.

Planification de la main-d'œuvre infirmière
Des efforts continuent d'être déployés pour s'assurer que les fournisseurs de soins infirmiers peuvent répondre aux besoins futurs. La participation aux initiatives nationales, provinciales et régionales relatives à la planification des ressources humaines en santé est un moyen de nous assurer de connaître les tendances et de bénéficier également de l'expérience de nos partenaires.

Programme de prêts à remboursement conditionnel pour les diplômés en sciences infirmières
Créé à l'issue de l'entente collective entre le gouvernement provincial et le Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick, ayant trait aux infirmières et infirmiers employés dans le cadre de la partie III des services publics du Nouveau-Brunswick, ce programme a pour but de garder les diplômés en sciences infirmières au sein du système de soins de santé provincial, surtout dans les postes difficiles à combler. Les deux régies régionales de la santé ont défini les postes et vacances difficiles à combler dans les milieux ruraux et urbains. Les candidats acceptent un engagement de service de deux ans. Quarante prêts à remboursement conditionnel de 10 000 $ chacun ont été octroyés en 2009-2010.

Initiative relative aux professionnels de la santé formés à l'étranger
Le Nouveau-Brunswick continue à collaborer avec les provinces de l'Atlantique sur les questions relatives aux infirmières et infirmiers formés à l'étranger.

Intégration de la profession de sage-femme au Nouveau-Brunswick
Pour assurer un accès opportun à l'obstétrique ou aux soins maternels, le ministère de la Santé a lancé le processus d'intégration de la profession de sagefemme dans le système de soins de santé au Nouveau-Brunswick. Le 18 juin 2008, la *Loi sur les sages-femmes* a reçu la sanction royale de l'Assemblée législative du Nouveau-Brunswick. La *Loi sur les sages-femmes* réglementera la profession de sage-femme au Nouveau-Brunswick. Les membres de l'organisme de réglementation, le Conseil de l'Ordre des sages-femmes du Nouveau-Brunswick, ont été nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil en janvier 2010. La première réunion mensuelle du Conseil a eu lieu en avril 2010. Avec l'approbation du lieutenant-gouverneur en conseil, la *Loi sur les sages-femmes* sera promulguée au début de l'exercice 2010-2011, et les sages-femmes constitueront une nouvelle profession du domaine de la santé prête à recevoir l'autorisation d'exercer au Nouveau-Brunswick.

Adjoints au médecin
Le comité des intervenants chargé de l'étude de faisabilité de l'intégration des adjoints au médecin a présenté son rapport au ministre en mars 2009. Le comité a recommandé l'intégration

recommended that Physician Assistants be introduced in New Brunswick's emergency rooms. An implementation committee completed the tasks related to the planning for the introduction of this new health profession in early 2010. Regulation 14 under the *Medical Act* was approved in January 2010: it oversees the professional activities of Physician Assistants in the province. Information was provided to RHAs in April 2010 to assist in their process of consideration of the introduction of this health care professional.

Physician Resource Strategy

In fiscal 2009-10, the strategy included recruiting 111 physicians, which represents a net gain of 53 physicians (26 family practitioners and 27 specialists). This is the sixth largest increase in net number of new physicians in the last 15 years.

A total of 53 net new physicians were added in the province in 2009-10, as shown the table below:

de adjoints aux médecins dans les salles d'urgence du Nouveau-Brunswick. Un comité de mise en œuvre a réalisé les tâches liées à la planification de l'intégration de cette nouvelle profession du domaine de la santé au début de 2010. Le règlement 14 de la *Loi médicale* a été approuvé en 2010; il régit les activités professionnelles des adjoints aux médecins dans la province. En avril 2010, on a fourni des renseignements aux régies régionales de la santé pour les aider dans leur étude visant l'intégration de cette nouvelle profession.

Stratégie des ressources médicales

Au cours de l'exercice 2009-2010, la stratégie comprenait le recrutement de 111 médecins, ce qui représente une hausse nette de 53 médecins (26 médecins de famille et 27 spécialistes). Il s'agit de la sixième plus forte augmentation du nombre net de nouveaux médecins au cours des 15 dernières années.

Au total, 53 nouveaux médecins supplémentaires ont été recrutés dans la province en 2009-2010, comme l'indique le tableau ci-après :

Net New Physicians[1] by physician type, fiscal years 2004-05 to 2009-10/
Nombre net de nouveaux médecins[1] par type de médecin, années financières 2004-2005 à 2009-2010

Physician Type/Type de médecin	2004-05	2005-06	2006-07	2007-08	2008-09	2009-10
Family Physicians/Médecins de famille	20	17	22	26	24	26
Specialists/Spécialistes	30	17	7	31	28	27
All Physicians/Total de médecins	**50**	**34**	**29**	**57**	**52**	**53**

Notes: [1]Net new physicians are determined by calculating the difference between physicians who established a practice within the province during the fiscal year (INs) and physicians who have left or closed a practice during the fiscal year (OUTs). Net new = Total INs - Total OUTs
Nota : [1]Le nombre net de nouveaux médecins est déterminé en calculant la différence entre les médecins qui ouvrent un cabinet dans la province pendant l'année financière et les médecins qui quittent la province ou ferment leur cabinet pendant l'exercice financier. Nombre net nouveaux = total des nouveaux venus – total de ceux qui ont quitté.

Other highlights in 2009-10 include:

Five family practitioners received the $25,000 location grant, available to those who establish a practice within the cities of Moncton, Fredericton, or Saint John.

Twenty-one specialists received the $40,000 location grant, available to specialists whose specialty has been designated as hard-to-recruit.

Six family practitioners who established a practice 40 km outside the cities of Moncton, Fredericton, or Saint John received a $50,000 location grant

Fifteen $15,000 business grants were provided to family practitioners who established a practice in designated areas.

A total of seven Emergency Room recruitment bonuses of $50,000 each were provided.

A total of 27 bursaries were provided to 18 family medicine residents and nine specialty residents. The bursary program, similar to the location grant program, allows eligible future family practitioners and specialists to receive a bursary while completing their last two years of their residency.

Voici d'autres faits saillants notés en 2009-2010 :

Cinq médecins de famille ont reçu la subvention d'emplacement de 25 000 $ accordée à ceux qui établissent leur cabinet dans les villes de Moncton, Fredericton, ou Saint John.

Vingt et un spécialistes ont reçu la subvention d'emplacement de 40 000 $ accordée aux spécialistes dont le domaine de spécialisation connaît des difficultés en matière de recrutement.

Six médecins de famille qui ont établi un cabinet à 40 km de distance des villes de Moncton, de Fredericton ou de Saint John ont reçu une subvention d'emplacement de 50 000 $.

Quinze subventions d'affaires de 15 000 $ ont été accordées à des médecins de famille qui se sont établis dans des régions désignées.

Au total, on a octroyé sept primes de recrutement de 50 000 $ en salle d'urgence.

Vingt-sept bourses au total ont été accordées à 18 résidents en médecine familiale et à neuf résidents en spécialité. Un programme de bourses, similaire au programme de subventions d'emplacement, a également été mis en œuvre. Celui-ci permet aux futurs médecins de famille et spécialistes admissibles qui sont dans les deux dernières années de résidence de recevoir une bourse.

Twenty-two candidates received sponsorship under the Supernumerary Residency Training Program. This program provides funding and sponsorship for additional residency or fellowship training, with a return of service commitment.

A total of 411 weeks paid to 90 first-year and second-year medical students who participated in the summer preceptorship program.

A $6,000 bursary was awarded for the fifth time to 40 medical students in their third or fourth year of study.

Medical Education

Undergraduate Programs
The Sherbrooke/Moncton campus had its fourth intake of 24 students in September 2009. The Centre de formation médicale du N-B (CFMNB) is now fully operational and has reached the 96 medical students capacity.

Implementation of the Dalhousie Medicine New Brunswick medical education program based in Saint John continues. The first intake of 30 students will occur in September 2010.

Post Graduate Programs
Thirty-three francophone family medicine residents did training rotations throughout Regional Health Authority A. The majority of these residents are part of the Family Medicine teaching program based in Dieppe. Over 90 residents from various medical faculties did their training throughout Regional Health Authority B. Thirty-eight (38) of these are full time Family Medicine residents (14 in Moncton, 10 in Saint John and 14 in Fredericton), while the remainder do specialty rotations throughout the Regional Health Authority B facilities.

Planning, Sustainability, E-health and Corporate Privacy

The Planning, Sustainability and E-Health division along with the Corporate Privacy Office were established within the department in 2008. These functions fall under the mandate of an Assistant Deputy Minister responsible for strategic corporate activities.

The Planning, Sustainability and E-Health division is divided into two branches: Research, Planning, Evaluation and Policy and Innovation, E-health and the Office of Sustainability. The division is primarily responsible for overall health system governance planning, including the research and development of innovative concepts/projects leading to the long-term sustainability of the health care system. The division is also responsible for corporate strategic planning, policy development, legislative development, research and evaluation, federal/provincial relations, aboriginal health, statistical information and data gathering instruments, accountability tools, performance indicators and management of corporate and system wide E-health projects. The division also includes the Corporate Privacy Office, responsible for implementing privacy and access legislation; ensuring an appropriate privacy framework is in place; and developing training and compliance measures.

Vingt-deux candidats ont été parrainés dans le cadre du programme de formation en résidence surnuméraire. Le programme fournit un financement et un parrainage pour des places supplémentaires en échange d'un engagement de service.

On a accordé 411 semaines au total à 90 étudiants en médecine de première année et de deuxième année qui ont participé au Programme de préceptorat d'été.

Des bourses de 6 000 $ ont été accordées pour la cinquième fois à 40 étudiants en médecine de troisième et quatrième année.

Formation médicale

Programmes de premier cycle
Le campus de Sherbrooke-Moncton a admis un quatrième groupe de 24 étudiants en septembre 2009. Le Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick (CFMNB) est maintenant pleinement opérationnel et il a atteint la capacité de 96 étudiants en médecine.

La mise en œuvre du programme de formation médicale de l'université Dalhousie – Nouveau-Brunswick, implanté à Saint John, se poursuit. Un premier groupe de 30 étudiants seront admis en septembre 2010.

Programmes de deuxième cycle
Trente-trois résidents francophones en médecine familiale ont fait des rotations de formation dans la régie régionale de la santé A. La majorité de ces résidents feront partie du programme de formation en médecine familiale situé à Dieppe. Plus de 90 résidents de diverses facultés de médecine ont suivi leur formation dans l'ensemble de la régie régionale de la santé B. Trente-huit (38) sont des résidents à temps plein en médecine familiale (14 à Moncton, 10 à Saint John et 14 à Fredericton), tandis que le reste effectuait des rotations de spécialité dans l'ensemble des installations de la régie régionale de la santé B.

Planification, viabilité, cybersanté et protection de la vie privée

La Division de la planification, de la viabilité et de la cybersanté ainsi que le Bureau de la protection de la vie privée ont été établis au sein du ministère en 2008. Ces fonctions relèvent d'un sous-ministre adjoint chargé des activités stratégiques ministérielles.

La Division de la planification, de la viabilité et de la cybersanté est divisée en deux directions : Recherche, planification, évaluation et politique et Innovation, cybersanté et le bureau de la viabilité. La division est principalement responsable de la planification globale de la gouvernance du système de santé, dont la recherche et le développement des concepts et des projets innovateurs menant à la viabilité à long terme du système de soins de santé. La division est aussi responsable de la planification stratégique ministérielle, de l'élaboration des politiques, de l'élaboration des lois, de la recherche et de l'évaluation, des relations fédérales et provinciales, de la santé des Autochtones, de l'information statistique et des instruments de collecte de données, des outils de reddition de comptes, des indicateurs de rendement et de la gestion des projets ministériels et des projets de cybersanté à l'échelle du système de santé. La division comprend également le Bureau de la protection de la vie privée, qui est chargé de mettre en œuvre la législation relative à la protection de la vie privée et à l'accès à l'information, d'assurer la mise en place d'un cadre pertinent en matière de protection des renseignements personnels, et d'élaborer des mesures de formation et de conformité.

Research, Planning, Evaluation and Policy

This branch is comprised of two units:

a) Health Planning, Policy and Legislation Unit and

b) Accountability and Health Information Management Unit

a) Health Planning, Policy and Legislation

Health Planning, Policy and Legislation serves as a support for all departmental divisions in developing the policies that underpin programs and operations. The coordination and writing of the Strategic Plan is driven by the Health Planning, Policy and Legislation Branch, as is the development of all public health legislation. In addition, the branch is responsible for all *Right to Information Act* requests, all appointments to the various Boards within the responsibility of the department and also acts for the Minister in respect of his/her legislative oversight of private health profession legislation. Finally, the branch is also the department's lead for Federal/Provincial/Territorial relations, as well as Aboriginal Health.
With the support of Health Planning, Policy and Legislation, the following Public Acts under the responsibility of the Department of Health were introduced or passed in the 2009-10 fiscal year:

Third Session of the 56th Legislature:

- Bill 47, An *Act to Amend the Smoke-Free Places Act* , to prohibit smoking in vehicles containing a person under the age of 16 was introduced on April 15, 2009, received Royal Assent on May 1, 2009 and came into force on January 1, 2010.
- Bill 48, An *Act to Amend the Tobacco Sales Act*, to restrict the sale of cigarillos, flavored cigarillos and flavoured tobacco products was introduced on April 15, 2009 and received Royal Assent on June 19, 2009.
- Bill 69, *Automated Defibrillator Act* was introduced on May 19, 2009, to protect people who use automatic defibrillators in emergency situations from liability and received Royal Assent and proclamation on June 19, 2009.
- Bill 88, *Personal Health information Privacy and Access Act*, regulating the collection, use and disclosure of personal health information, was introduced on May 29, 2009 and received Royal Assent on June 19, 2009.

Fourth Session of the 56th Legislature:

- Bill 8, *Prescription Monitoring Act*, to establish a program to monitor dispensing of certain classes of narcotics, was introduced on November 24, 2009 and received Royal Assent on December 18, 2009.

Recherche, planification, évaluation et politique

La direction est composée de deux unités :

a) Planification des politiques et de la législation en matière de santé;

b) Responsabilisation et gestion de l'information sur la santé

a) Planification des politiques et de la législation en matière de santé

L'Unité de la planification des politiques et de la législation en matière de santé agit en qualité de point d'appui pour toutes les divisions ministérielles dans l'élaboration des politiques qui sous-tendent les programmes et les activités. La coordination et la rédaction du plan stratégique sont pilotées par la Direction de la planification des politiques et de la législation en matière de santé, tout comme l'élaboration de la législation en matière de santé publique. En outre, l'unité est responsable de l'ensemble des demandes liées à la *Loi sur le droit à l'information*, de l'ensemble des nominations aux différents conseils relevant du ministère, et elle agit aussi pour le compte du ministre en ce qui concerne la surveillance de la législation régissant les professions du domaine de la santé privée. Finalement, la direction est aussi le fer de lance du ministère pour les relations fédérales, provinciales et territoriales ainsi que pour la santé des Autochtones.
Fort du soutien de l'Unité de la planification des politiques et de la législation en matière de santé, les lois d'intérêt public suivantes sous la responsabilité du ministère de la Santé ont été adoptées en 2009-2010.

Troisième session de la 56e Législature :

- Le projet de loi no 47, *Loi modifiant la Loi sur les endroits sans fumée*, visant l'interdiction de l'usage de tabac dans les véhicules en présence d'un enfant âgé de moins de 16 ans, a été présenté le 15 avril 2009, a reçu la sanction royale le 1er mai 2009 et est entré en vigueur le 1er janvier 2010.
- Le projet de loi no 48, *Loi modifiant la Loi sur les ventes de tabac*, visant la restriction des ventes de cigarillos et de cigarillos aromatisés et de produits du tabac aromatisé, a été présenté le 15 avril 2009 et a reçu la sanction royale le 19 juin 2009.
- Le projet de loi no 69, *Loi sur les défibrillateurs automatisés*, a été présenté le 19 mai 2009 afin de protéger la responsabilité des personnes qui utilisent des défibrillateurs automatisés dans les situations d'urgence; il a reçu la sanction royale et a été promulgué le 19 juin 2009.
- Le projet de loi no 88, *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé*, qui réglemente la collecte, l'utilisation et la divulgation de renseignements personnels sur la santé, a été présenté le 29 mai 2009 et a reçu la sanction royale le 19 juin 2009.

Quatrième session de la 56e Législature :

- Le projet de loi no 8, *Loi sur la surveillance pharmaceutique*, visant l'instauration d'un programme de surveillance pour la distribution de certaines catégories de narcotiques, a été présenté le 24 novembre 2009 et a reçu la sanction royale le 18 décembre 2009.

- Bill 9, An *Act to Amend the Personal Health Information Privacy and Access Act*, to clarify certain provisions of that *Act*, was introduced on November 24, 2009 and received Royal Assent on December 18, 2009.

- Bill 26, An *Act to Amend the Medical Services Payment Act* to repeal portions of the *Act* was introduced December 18, 2009.

Acts relating to the regulation of health professions were also introduced in the Third Session:

- Bill 29, An *Act Respecting the New Brunswick College of Dental Hygienists* was introduced on December 16, 2008 and received Royal Assent on June 19, 2009.
- Bill 51, An *Act Respecting Respiratory Therapists* was introduced on April 23, 2009 and received Royal Assent on June 19, 2009.
- Bill 84, An *Act to Amend An Act Respecting the New Brunswick Medical Society and the College of Physicians and Surgeons of New Brunswick* was introduced on May 27, 2009 and received Royal Assent on June 19, 2009.

2009-10 also saw Health Planning, Policy and Legislation spearhead the development and launch of the first corporate Strategic Plan in a decade. The process to develop 'Our Way Forward' began late in the previous fiscal year, using an unprecedented degree of staff engagement. The plan clarifies the department's role within the New Brunswick health system, and uses three key priorities (Sustainable Health System, Living our Values, Organizational Capacity) to orient the department towards substantial improvements in its work processes and internal efficiencies. Finalized and approved in mid-year, the Strategic Plan was launched in on-line and print versions in October 2009, with work underway on specific measurable initiatives soon after.

Work in preparation of the introduction of midwives in New Brunswick was advanced with a stakeholder committee providing detailed recommendations as to practice and associated regulations. As well, legislative work to introduce physician assistants into New Brunswick was largely completed, with amendments made to the *Medical Act* and its Regulations in co-operation with the College of Physicians and Surgeons of New Brunswick.

Following the extensive public consultation by Judge Michael McKee's Mental Health Task Force and the resulting recommendations outlined in 'Together into the Future', the department collaborated with partner departments to develop an initial response to the report. The response, 'Towards the Future' outlined directions for a mental health strategy and highlighted current initiatives in the public sector that addressed the task force's recommendations. The department subsequently initiated a stakeholder consultation to develop a comprehensive Mental Health Strategy for New Brunswick. An advisory committee with broad representation was also established to inform strategy development, which is ongoing.

- Le projet de loi no 9, *Loi modifiant la Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé*, visant l'éclaircissement de certaines dispositions de cette *Loi*, a été présenté le 24 novembre 2009 et a reçu la sanction royale le 18 décembre 2009.
- Le projet de loi no 26, *Loi modifiant la Loi sur le paiement des services médicaux*, visant l'abrogation de certaines sections de la *Loi*, a été présenté le 18 décembre 2009.

Des lois relatives à la réglementation des professions de la santé ont aussi été présentées lors de la troisième session :

- Le projet de loi no 29, *Loi concernant l'Ordre des hygiénistes dentaires du Nouveau-Brunswick*, a été présenté le 16 décembre 2008 et a reçu la sanction royale le 19 juin 2009.
- Le projet de loi no 51, *Loi sur les thérapeutes respiratoires*, a été présenté le 23 avril 2009 et a reçu la sanction royale le 19 juin 2009.
- Le projet de loi no 84, *Loi modifiant la Loi relative à la Société médicale du Nouveau-Brunswick et au Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick*, a été présenté le 27 mai 2009 et a reçu la sanction royale le 19 juin 2009.

Au cours de l'exercice 2009-2010 également, la Direction de la planification des politiques et de la législation en matière de santé a mené à bien l'élaboration et le lancement du premier plan stratégique ministériel en dix ans. Le processus d'élaboration de ce plan intitulé Vers l'avant a commencé à la fin de l'exercice financier précédent, avec un degré d'engagement du personnel sans précédent. Le plan éclaircit le rôle du ministère dans le système de santé du Nouveau-Brunswick, et il utilise trois priorités clés (système de santé viable, vivre nos valeurs, capacité organisationnelle) pour orienter le ministère vers des améliorations considérables dans ses procédures de travail et son efficacité interne. Finalisé et approuvé vers le milieu de l'exercice, le plan stratégique a été lancé en version imprimée et en ligne en octobre 2009; des travaux ont été entrepris au sujet des initiatives mesurables précises peu de temps après.

Les travaux en préparation avec l'intégration des sages-femmes au Nouveau-Brunswick ont été menés à bien par un comité d'intervenants fournissant des recommandations détaillées relatives à la pratique et aux règlements connexes. De même, les travaux législatifs relatifs à l'intégration des adjoints aux médecins au Nouveau-Brunswick ont été achevés en grande partie, et des modifications ont été apportées à la *Loi médicale* et à ses règlements en coopération avec le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick.

À l'issue de vastes consultations publiques réalisées par le Groupe de travail sur la santé mentale du juge Michael McKee et des recommandations formulées à cet égard, présentées dans le rapport Vers l'avenir, ensemble, le ministère a collaboré avec des ministères associés pour élaborer une réponse initiale au rapport. La réponse, Vers l'avenir, ensemble, présentait les orientations à suivre pour la mise au point d'une stratégie en santé mentale, et elle soulignait les initiatives actuelles dans le secteur public qui tenaient compte des recommandations du Groupe de travail. Par la suite, le ministère a entamé une consultation auprès des intervenants afin de mettre au point une stratégie exhaustive en santé mentale pour le Nouveau-Brunswick. Un comité consultatif largement représenté a aussi été créé pour guider l'élaboration de la stratégie qui est en cours.

In addition to the above, some other major initiatives the Health Planning, Policy and Legislation Branch were involved in include assisting with the drafting of annexes to the Provincial Pandemic Plan; assisting in the development and drafting of regulations to enable the proclamation of the *Public Heath Act;* and working with the Department of Post Secondary Education Training and Labour to ensure compliance of health professions with the Agreement on Internal Trade;

Finally, the branch is the departmental lead in respect of the *Public Interest Disclosure Act* and is responsible for the management of disclosures made pursuant to that legislation.

b) Accountability and Health Information Management

The Accountability and Health Information Management team provides leadership and support in the development, implementation and utilization of health information systems to support planning, management and accountability reporting. This work involves ongoing development and maintenance of major corporate databases as well as analysis, research and evaluation activities: Specific initiatives undertaken during 2009-10 included:

- Coordination and leadership of data quality improvement activities for corporate information holdings associated with hospital services, public health, mental health and addictions, and extra mural services.
- Development and operation of real time data collections processes to support the Provincial pandemic flu response.
- Health research capacity development through the operation of the Medical Research Fund of New Brunswick; the New Brunswick Regional Partnership Program and support of the New Brunswick Health Research Foundation.
- Major support for the development and implementation of integrated electronic health record; including participation in the pan-Atlantic benefits evaluation initiative.
- Implementation of a new workload measurement system for hospitals; including introduction of new decision support tools.
- Ongoing development of data resources to support the Province's tobacco related health care costs recovery initiative.
- Development of an evaluation framework for the physician assistant initiative.
- Provision of information, analysis and expert advice to the New Brunswick Health Council

Innovation, E-health and the Office of Sustainability

Innovation, E-health and the Office of Sustainability is responsible for overall alignment and integration of innovation, technology and leading practices with the overall clinical business strategy to achieve optimal health

Outre les initiatives susmentionnées, d'autres initiatives importantes auxquelles a participé la Direction de la planification des politiques et de la législation en matière de santé comprennent la rédaction d'annexes au Plan provincial de lutte contre la pandémie, l'appui à l'élaboration et à la rédaction d'un règlement qui permettra la promulgation de la *Loi sur la santé publique*, ainsi que les travaux en collaboration avec le ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail pour assurer la conformité des professions de la santé à l'Accord sur le commerce intérieur.

Finalement, la direction est le chef de file ministériei pour ce qui est de la *Loi sur les divulgations faites dans l'intérêt public* et elle est chargée de la gestion des divulgations réalisées en accord avec cette loi.

b) Responsabilisation et gestion de l'information sur la santé

L'équipe de responsabilisation et de gestion de l'information sur la santé assure le leadership et le soutien pour l'établissement, la mise en œuvre et l'utilisation des systèmes d'information sur la santé afin d'appuyer la planification, la gestion et la reddition de comptes. Les tâches comprennent l'élaboration et la mise à jour continues d'importantes bases de données ainsi que des activités d'analyse, de recherche et d'évaluation. Voici certaines des initiatives qui ont été entreprises au cours de l'année 2009-2010 :

- Coordination et leadership en matière d'activités d'amélioration de la qualité des données pour la base de données du système d'information de gestion associé aux services hospitaliers, à la santé publique, à la santé mentale et aux dépendances ainsi qu'aux services extra-muraux.
- Élaboration et exploitation de processus de collecte de données en temps réel pour soutenir l'intervention provinciale en cas de grippe pandémique.
- Instauration d'une capacité de recherche en santé par l'exploitation du Fonds de recherche médicale du Nouveau-Brunswick et le Programme de partenariats régionaux du Nouveau-Brunswick et soutien de la Fondation de la recherche en santé du Nouveau-Brunswick.
- Soutien important de l'élaboration et de la mise en œuvre du dossier de santé électronique intégré, notamment la participation à l'initiative pan-atlantique d'évaluation des avantages.
- Mise en œuvre d'un nouveau système de mesure de la charge de travail pour les hôpitaux, notamment l'introduction de nouveaux outils d'aide à la décision.
- Perfectionnement continu des ressources en données pour soutenir l'initiative provinciale de recouvrement des coûts en soins de santé liés au tabac.
- Élaboration d'un cadre d'évaluation pour l'initiative des adjoints aux médecins.
- Mise à disposition d'information, d'analyses et d'avis d'experts pour le Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé.

Innovation, cybersanté et bureau de la viabilité

La Direction de l'innovation, de la cybersanté et du bureau de la viabilité est responsable de l'harmonisation et de l'intégration globales de l'innovation, de la technologie et des pratiques de pointe avec la stratégie d'entreprise clinique globale en vue

system performance and quality care for all citizens of New Brunswick. The branch is dedicated to spearheading work throughout the organization and regional health authorities which will directly contribute to a sustainable health care system.

The branch maintains the pulse on innovative technology approaches to facilitate and enable the strategic directions of the organization and ensures due diligence and standards are followed in the development and implementation of initiatives relating to the One Patient One Record vision and strategy.

The branch fosters efficient and effective health system performance and facilitates high quality health care for all New Brunswickers through the use of innovation, value for money initiatives, incorporation of leading/best practices, knowledge transfer and clinical transformation enabled by technology. Specific expertise includes project management and system enterprise architecture including relevant frameworks and processes.

The branch also maintains a liaison with other stakeholders engaged and/or invested in similar interests including jurisdictions within Canada and beyond.

The following E-health initiatives were undertaken in 2009-10:

Electronic Health Record (EHR)

The EHR will link together patient information from across the entire health care system, including hospitals, doctors' offices, public health, mental health, allied health, pharmacies, laboratories, and diagnostic imaging. It will allow authorized healthcare providers access to timely, accurate, province-wide information at anytime and from anywhere. The EHR is scheduled to be implemented in fall of 2010 and will have a viewer that will initially provide access to the patient information from across the hospital system including lab results, diagnostic imaging reports and visit history.

Benefits:
one patient record available anywhere and anytime, consolidation of many fragmented and scattered health records.

Diagnostic Imaging Repository

The Diagnostic Imaging Repository is designed to provincially consolidate a patient's digital diagnostic imaging reports and images, from such procedures as x-rays and magnetic resonance imaging (MRI) scans. These images will be available to authorized health care providers using the provincial viewer. The project will be implemented in the fall of 2010.

Benefits:

- improved access to diagnostic images across regions, and reduced duplication of stored images across regions, through the use of the central repository,
- elimination of disk and tape storage of images within the zones

d'atteindre un rendement optimal du système de santé et une qualité de soins optimale pour tous les citoyens du Nouveau-Brunswick. La direction se consacre à diriger le travail dans l'ensemble de l'organisation et des régies régionales de la santé, ce qui contribut directement à un système de soins de santé viable.

La direction garde le rythme en matière d'approches technologiques novatrices afin de faciliter et de permettre les orientations stratégiques de l'organisation et elle assure le respect d'une diligence raisonnable et des normes dans l'élaboration et la mise en œuvre d'initiatives relatives à la vision et à la stratégie « Un patient, un dossier ».

La direction encourage un rendement efficace du système de santé et elle facilite des soins de santé d'excellente qualité pour tous les Néo-Brunswickois par l'utilisation de l'innovation, d'initiatives d'optimisation des ressources, de l'intégration de pratiques de pointe et exemplaires, du transfert des connaissances et de la transformation clinique favorisée par la technologie. Les compétences spécialisées comprennent la gestion de projets et l'architecture d'entreprise du système, notamment les cadres et processus pertinents.

La direction entretient également des liens avec d'autres intervenants qui s'engagent ou s'investissent dans des intérêts similaires, notamment dans des compétences au sein du Canada ainsi qu'au-delà du pays.

Voici les initiatives en cybersanté qui ont été entreprises en 2009-2010 :

Dossier de santé électronique

Le dossier de santé électronique reliera les renseignements sur le patient à l'échelle du système de soins de santé, y compris les hôpitaux, les cabinets de médecin, la santé publique, la santé mentale, les services paramédicaux, les pharmacies, les laboratoires et l'imagerie diagnostique. Ce dossier permettra aux prestataires de soins de santé autorisés d'accéder à des renseignements opportuns et exacts sur le patient dans l'ensemble de la province, en tout lieu et en tout temps. Le dossier de santé électronique devrait être mis en œuvre au printemps 2010 et il disposera d'un visualiseur qui fournira, dès le départ, un accès aux renseignements sur le patient; ces renseignements seront issus du réseau hospitalier, notamment les résultats de laboratoire, les rapports d'imagerie diagnostique et l'historique des visites.

Avantages :
un seul dossier du patient, accessible en tout lieu et en tout temps; regroupement de nombreux dossiers de santé fragmentés et dispersés.

Archives d'imagerie diagnostique

Les archives d'imagerie diagnostique sont conçues de manière à regrouper, à l'échelle provinciale, les rapports et les images d'imagerie diagnostique numérique d'un patient, des interventions telles que les radiographies aux imageries par résonance magnétique. Ces images seront accessibles aux prestataires de soins de santé autorisés à l'aide du visualiseur provincial. Le projet sera mis en œuvre à l'automne 2010.

Avantages :

- meilleur accès aux images diagnostiques dans l'ensemble des régions et réduction du dédoublement des images stockées dans toutes les régions par l'intermédiaire du dépôt central;
- élimination du stockage des images sur disque et sur cassette dans les zones.

Drug Information System

The Drug Information System will allow automatic drug and drug-interaction checks and add the information to the patient's electronic health record. The system will provide physicians and pharmacists with data to support appropriate and accurate prescribing and dispensing. The system is scheduled to be operational in July of 2011.

Benefits:

- decreased adverse drug events,
- improved prescribing through the incorporation of prompts and reminders,
- decrease in health care costs that result from drug complications,
- increased access to an integrated drug profile across the continuum of care.

Home Monitoring Program

The Home Monitoring Program allows remote monitoring of surgical patients discharged from the New Brunswick Heart Centre following surgery. This is an expansion of an already successful program. The replacing of aging equipment and improved software will lead to increased patient participation. This was completed on March 31, 2010.

Benefits:

- allow the Vital Program to attend a larger patient population,
- ensure continued success of the program by moving to a standard technology base,
- the extension of the hospital into the home allows the telehealth nurse to visually assess the patient during a scheduled virtual visit.

Workload Measurement System

A workload measurement system (WMS) is a tool for measuring the volume of activity provided by employees within defined departments. Workload Measurement System is a provincial solution for all regions and is scheduled to be completed in June 2010.

Benefits:

- enhanced versatility allowing the expansion of workload measurement into previously unreachable activities,
- improved efficiency from one provincial solution,
- standard provincial workload definitions will be developed and deployed.

Medicare Modernization

The current Medicare system is over 25 years old and is becoming increasingly expensive to operate and maintain. This initiative will harvest the business rules in the old system and implement a new system using modern tools, techniques and interfaces. The project involves three phases with completion scheduled for September 2010.

Système d'information sur les médicaments

Le système d'information sur les médicaments permettra d'effectuer automatiquement des vérifications d'interaction entre les médicaments et d'ajouter l'information au dossier de santé électronique du patient. Le système fournira des données aux médecins et aux pharmaciens pour favoriser une prescription et une exécution exactes et pertinentes d'une ordonnance. Ce système devrait être opérationnel en juillet 2011.

Avantages :

- diminution des effets indésirables des médicaments;
- meilleure prescription des ordonnances grâce à l'incorporation d'invites et de rappels;
- diminution des coûts de soins de santé découlant des complications dues aux médicaments;
- meilleur accès à un profil des médicaments intégré dans l'ensemble du continuum des soins.

Programme de surveillance des soins à domicile

Le Programme de surveillance de soins à domicile permet la surveillance à distance des patients ayant subi une chirurgie et obtenu leur congé du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick à la suite d'une chirurgie. Il s'agit d'un accroissement d'un programme qui connaît déjà du succès. Le remplacement du matériel vieillissant et l'amélioration des logiciels mèneront à une plus grande participation du patient. Ce programme a été mis sur pied le 31 mars 2010.

Avantages :

- permettre au programme Vital d'atteindre un bassin de patients plus large;
- assurer le succès continu du programme en adoptant une base technologique standard;
- le prolongement de l'hôpital à la maison permet à l'infirmière de la télé-santé d'évaluer visuellement le patient par une visite virtuelle prévue.

Système de mesure de la charge de travail

Un système de mesure de la charge de travail (SMCT) est un outil pour mesurer le volume d'activité exécuté par les employés dans certains services. Le système de mesure de la charge de travail est une solution provinciale pour toutes les régions et il devrait être mis en place en juin 2010.

Avantages :

- meilleure polyvalence permettant un accroissement de la mesure de la charge de travail à des activités hors de portée précédemment;
- efficacité accrue grâce à une solution provinciale;
- des définitions provinciales standard de la charge de travail seront mises au point et déployées.

Modernisation de l'Assurance-maladie

L'actuel système d'Assurance-maladie date de plus de 25 ans et devient de plus en plus coûteux à faire fonctionner et à maintenir. Cette initiative recueillera les règles administratives de l'ancien système et mettra en place un nouveau système utilisant des outils, des techniques et des interfaces modernes. Le projet, qui comporte trois phases, devrait être achevé en septembre 2010.

Benefits:

- cost savings related to operational costs,
- increased response time and ability to leverage cost efficiency ideas.

Radiation Treatment Wait Times

A strategic provincial process for projecting supply/demand for radiotherapy was developed and applied to radiation therapy services provided to citizens within the publicly funded New Brunswick health system. The result will improve efficiency and provide consistency with respect to timely access to treatment, definitions, data collection and reporting. The project is scheduled to be completed in June 2010.

Benefits:

- demand prediction for radiation therapy services will allow for improved strategic provincial resource planning,
- software will facilitate monitoring, reporting and management of radiation therapy wait times,
- ability to interface with the department's e-health information technology,
- appropriate allocation of existing provincial resources.

Telerehabilitation (Patient Access to Quality Care – PAQC)

This is a joint project between Horizon Health Network, Stan Cassidy Center for Rehabilitation, Canada Health Infoway, and the Department of Health which combines the use of traditional telehealth technology to establish a foundation for secure patient access across the internet. The clinical focus will be patients diagnosed with stroke, neuromuscular disease, traumatic brain injury, cerebral palsy, and the provision of assistive technology services. The first phase of this project is scheduled to be completed in June 2010.

Benefits:

- reduce wait times for specialized tertiary level rehabilitation services,
- empower patients to be more active participants in their care,
- improve access to specialized rehabilitation services for patients with physical disabilities.

National Staging Initiative - Synoptic Reporting

This project involves the implementation of a standardized Pathology Synoptic Reporting tool that captures data in a checklist format for lung, breast, colorectal and prostate cancers. As well it will implement an interoperable electronic solution to deliver cancer pathology information to clinicians and cancer surveillance. Project completion is scheduled for August 2011.

Benefits:

- increased quality of cancer pathology reporting as hospitals adopt a uniform pathology standard,
- increased efficiency, timeliness and security of

Avantages :

- des économies de coûts considérables liées aux coûts d'exploitation;
- amélioration du temps de réponse et de la capacité à tirer parti d'idées en matière de rentabilité.

Délais d'attente pour la radiothérapie

Un processus provincial stratégique pour la projection de l'offre et la demande en matière de radiothérapie a été mis au point et appliqué aux services de radiothérapie offerts aux citoyens dans le cadre du système de santé du gouvernement du Nouveau-Brunswick à financement public. Le résultat se traduira par une plus grande efficacité et il assurera l'uniformité de l'accès rapide au traitement, aux définitions, à la collecte de données et à la production de rapports. Le projet devrait être achevé en juin 2010.

Avantages :

- la prévision de la demande en ce qui concerne les services de radiothérapie entraînera une meilleure planification stratégique provinciale des ressources;
- le logiciel facilitera la surveillance, la production de rapports et la gestion des délais d'attente en radiothérapie;
- capacité à se connecter à la technologie d'information de la cybersanté du ministère;
- allocation adéquate des ressources existantes de la province.

Télé-rééducation (Accès des patients à des soins de qualité – APSQ)

Il s'agit d'un projet conjoint entre le réseau de santé Horizon, le Centre de réadaptation Stan Cassidy, Inforoute Santé du Canada et le ministère de la Santé qui combine l'utilisation de la technologie de télé-santé traditionnelle pour établir le fondement d'un accès sécurisé au dossier d'un patient dans Internet. L'objectif clinique sera les patients diagnostiqués avec un accident cérébro-vasculaire, une maladie neuromusculaire, un traumatisme cérébral, une paralysie cérébrale ainsi que la prestation de services en matière de technologie d'aide. La première phase de ce projet devrait être achevée en juin 2010.

Avantages :

- réduction des délais d'attente pour les services de réadaptation spécialisés de niveau tertiaire;
- encouragement des patients à participer plus activement à leurs soins;
- amélioration de l'accès aux services de réadaptation spécialisés pour les patients atteints de déficiences physiques.

Initiative nationale sur la stadification – Rapports synoptiques

Ce projet comporte la mise en œuvre d'un outil de création de rapports synoptiques normalisés pour chaque pathologie qui saisit les données dans une liste de vérification en cas de cancer des poumons, du sein, colorectal et de la prostate. De plus, il met en œuvre une solution électronique interopérable pour livrer ces données aux cliniciens dans le cadre de la surveillance des cancers. L'achèvement du projet est prévu pour août 2011.

Avantages :

- meilleure qualité des rapports sur les pathologies du cancer à mesure que les hôpitaux adoptent une norme uniforme en matière de pathologie;
- meilleure efficacité, opportunité et sécurité dans la

transmission of cancer pathology reports,

- improved cancer registry, screening and pathology surveillance and outcome reporting.

Cervical Cancer Screening

This is a project of the NB Cancer Network that will implement a provincial screening program for cervical cancer including the development and implementation of a central registry for cervical cancer. It will involve screening with integration between regional health authorities and provincial health systems. Project completion is scheduled for June 2011.

Benefits:

- early detection and treatment of cervical cancer to reduce invasive treatment and mortality from this preventable cancer,
- establishes a program model and reusable components for colon cancer screening and improved breast cancer screening.

Public Health Surveillance (Panorama)

Panorama is a new system that will provide a unique and effective set of tools for public health surveillance. The purpose of this project is to reduce the risk to general population from communicable diseases by investing in a surveillance system that supports better and consistent case management, immunization management, alerts, and outbreak detection and response. The implementation phase will replace current disparate systems that are becoming obsolete and are lacking functionality.

Benefits:

- Health professionals will be able to collect, share and analyze health information; assist in managing public health services; and rapidly respond to emerging disease threats.

Improving Practices in Addiction Services (IPAS)

Within the Department of Health, systems gaps were identified in Addiction Services and two priority areas have been identified;

- the Best Practices in Information Systems – environmental scan and needs assessment in preparation for the implementation of a provincial Addiction Services Information System,
- implementation of the new clinical and monitoring tools with newly developed training manuals using a train the trainer approach to train addiction and allied health professionals.

This project is scheduled to be completed in July 2010.

Benefits:

- an information system based on best and promising practices, including the integration of appropriate case management functionalities to support interaction with all clients, and health provider programming for these priorities,
- standardized procedures and a common language for the capture of addiction-related services,

transmission des rapports sur les pathologies du cancer;

- meilleur registre du cancer, dépistage, surveillance de la pathologie et rapports de résultats.

Dépistage du cancer du col utérin

Il s'agit d'un projet du Réseau cancer Nouveau-Brunswick qui mettra en œuvre un programme provincial de dépistage du cancer du col utérin, y compris la création et la mise en œuvre d'un registre central du cancer du col utérin. Le dépistage s'effectuera en favorisant l'intégration entre les régies régionales de la santé et les systèmes de santé provinciaux. L'achèvement du projet est prévu pour juin 2011.

Avantages :

- détection et traitement précoces du cancer du col utérin afin de diminuer les possibilités de traitement effractif et de mortalité de ce cancer évitable;
- établissement d'un modèle de programme et de composantes réutilisables pour le dépistage du cancer du côlon et pour un meilleur dépistage du cancer du sein.

Surveillance de la santé publique (Panorama)

Panorama est un nouveau système qui offrira un ensemble d'outils unique et efficace pour la surveillance de la santé publique. Ce projet cherche à réduire le risque posé à l'ensemble de la population en raison des maladies transmissibles en investissant dans un système de surveillance qui favorise un suivi plus efficace et cohérent de la gestion des cas, de la gestion de l'immunisation, des alertes ainsi que de la détection et de l'intervention en cas d'éclosions. La phase de mise en œuvre remplacera les systèmes disparates actuels, qui deviennent désuets et manquent de fonctions.

Avantages :

- Les professionnels de la santé seront en mesure de recueillir, de partager et d'analyser l'information sur la santé, d'aider à la gestion des services de santé publique et d'intervenir rapidement en cas de nouvelles menaces à la santé.

Amélioration des pratiques dans les services de traitement des dépendances

Au sein du ministère de la Santé, on a décelé des failles dans le système des services de traitement des dépendances et on a défini deux domaines prioritaires :

- les meilleures pratiques en matière de systèmes d'information : analyse conjoncturelle et évaluation des besoins afin de préparer la mise en œuvre d'un système provincial d'information des services de traitement des dépendances;
- mise en œuvre des nouveaux outils cliniques et de surveillance avec la création de nouveaux manuels de formation utilisant une démarche de formation des formateurs afin de former les professionnels paramédicaux et des dépendances.

Le projet devrait être achevé en juillet 2010.

Avantages :

- un système d'information fondé sur des pratiques exemplaires et prometteuses, notamment l'intégration de fonctions pertinentes pour la gestion de cas afin de soutenir l'interaction avec tous les clients, et les programmes des professionnels de la santé relatifs à ces priorités;
- procédures normalisées et langage commun pour la saisie de services liés aux dépendances;

- the client will benefit from the provision of better quality primary health care services as a result of a better informed health team.

- le client bénéficiera de la prestation de soins de santé primaires de meilleure qualité grâce à une équipe de santé mieux informée.

Funding/Financement

	FY 2007-08/ EF-2007-2008		FY 2008-09/ EF 2008-2009		FY 2009-10/ EF 2009-2010	
	TOTAL/ TOTAUX	FEDERAL CONTRIBUTION/ CONTRIBUTION FÉDÉRALE	TOTAL/ TOTAUX	FEDERAL CONTRIBUTION/ CONTRIBUTION FÉDÉRALE	TOTAL/ TOTAUX	FEDERAL CONTRIBUTION/ CONTRIBUTION FÉDÉRALE
One Patient One Record/Electronic Health Record (EHR)/ Dossier de santé électronique interopérable	7,176.4	4,448.1	7,094.7	4,216.0	4,324.0	2,816.5
Diagnostic Imaging Repository (Di-r)/ Archives d'imagerie diagnostique	4,768.1	3,574.1	3,856.3	1,767.8	1,834.3	905.5
Drug Information System (DIS)/ Système d'information sur les médicaments	41.3	31.0	1,202.0	783.1	5,016.9	2,340.6
Home Monitoring Program (HMP)/ Programme de surveillance des soins à domicile	101.5	50.7	444.6	222.3	412.3	200.4
Workload Measurement/ Mesure de la charge de travail	148.0	-	1,470.3	-	1,543.7	-
Medicare Modernization/ Modernisation de l'Assurance-maladie	2,071.5	-	3,468.9		5,477.4	-
Radiation Treatment Wait Times/ Délais d'attente pour la radiothérapie	158.5	156.4	1,788.5	1,788.5	2,990.3	2,900.0
Telerehabilitation (Patient Access to Quality Care - PAQC) Téléréducation (accès du patient à des soins de qualité)	-	-	195.3	144.0	224.5	21.0
National Staging Initiative - Synoptic Reporting/ Initiative nationale de stradification - Rapports synoptiques	-	-	128.3	128.3	579.7	579.7
Cervical Cancer Screening/ Dépistage du cancer du col de l'utérus	-	-	105.4	-	536.7	-
Public Health Surveillance (Panorama)/ Surveillance de la santé publique (Panorama)	1.2	-	131.4	-	7.1	-
IPAS/ Amélioration des pratiques dans les services de traitement des dépendances	-	-	-	-	131.8	130.0
Shared Telehealth Initiative (STI) / Initiatives partagées de télésanté	277.2	-	321.8	241.4	-	-
Diabetes Portal / Portail du diabète	-	-	200.0	-	-	-
HHR Provider Database/ Banque de données sur les effectifs du secteur de la santé	697.7	-	-	-	-	-
Prescription Monitoring Program / Programme de surveillance pharmaceutique	289.0	-	1,228.6	-	-	-
TOTALS	**$15,730.3**	**$8,260.3**	**$21,636.1**	**$9,291.4**	**$23,078.6**	**$9,893.7**

Corporate Privacy Office

The Corporate Privacy office is mandated to oversee the department's management of personal health information through the development, implementation, maintenance and monitoring of a broad policy framework.

During the year in question, the office was directly involved in consultations respecting a proposed *Personal Health Information Privacy and Access Act* (PHIPAA), therefore placing a specific emphasis on personal health information. Through this work, protocols were developed for responding to requests for access to data containing personal health information and recommendations were made on a case by case basis for the mitigation of all identified privacy risks. The office also developed a blended methodology for the Department to use when conducting Privacy Impact Assessments (PIA) and has shared the methodology with regional health authorities and FacilicorpNB.

The office is also mandated to develop a shared policy framework with key health partners, the two regional health authorities and FacilicorpNB. The office engaged the Chief Privacy Officers of these organizations for this purpose. These policies are intended to ensure a consistent approach is established to providing access to and protection of personal health information while delivering health services to the people of New Brunswick.

Bureau de la protection de la vie privée

Le Bureau de la protection de la vie privée a pour mandat de surveiller la gestion ministérielle des renseignements personnels sur la santé au moyen de l'élaboration, la mise en œuvre, le maintien et la surveillance d'un vaste cadre stratégique.

Au cours de l'année en question, le bureau a participé directement à des consultations relatives à une proposition de nouvelle *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé*; il a dès lors particulièrement insisté sur les renseignements personnels sur la santé. Par l'entremise de ce travail, on a mis au point des protocoles pour répondre aux demandes d'accès à des données contenant des renseignements personnels sur la santé, et on a émis des recommandations au cas par cas pour la limitation de tous les risques relevés en matière de vie privée. Le bureau a aussi mis au point une méthodologie combinée à l'intention du ministère lorsqu'il évalue les facteurs relatifs à la vie privée, et il a partagé cette méthodologie avec les régies régionales de la santé et FacilicorpNB.

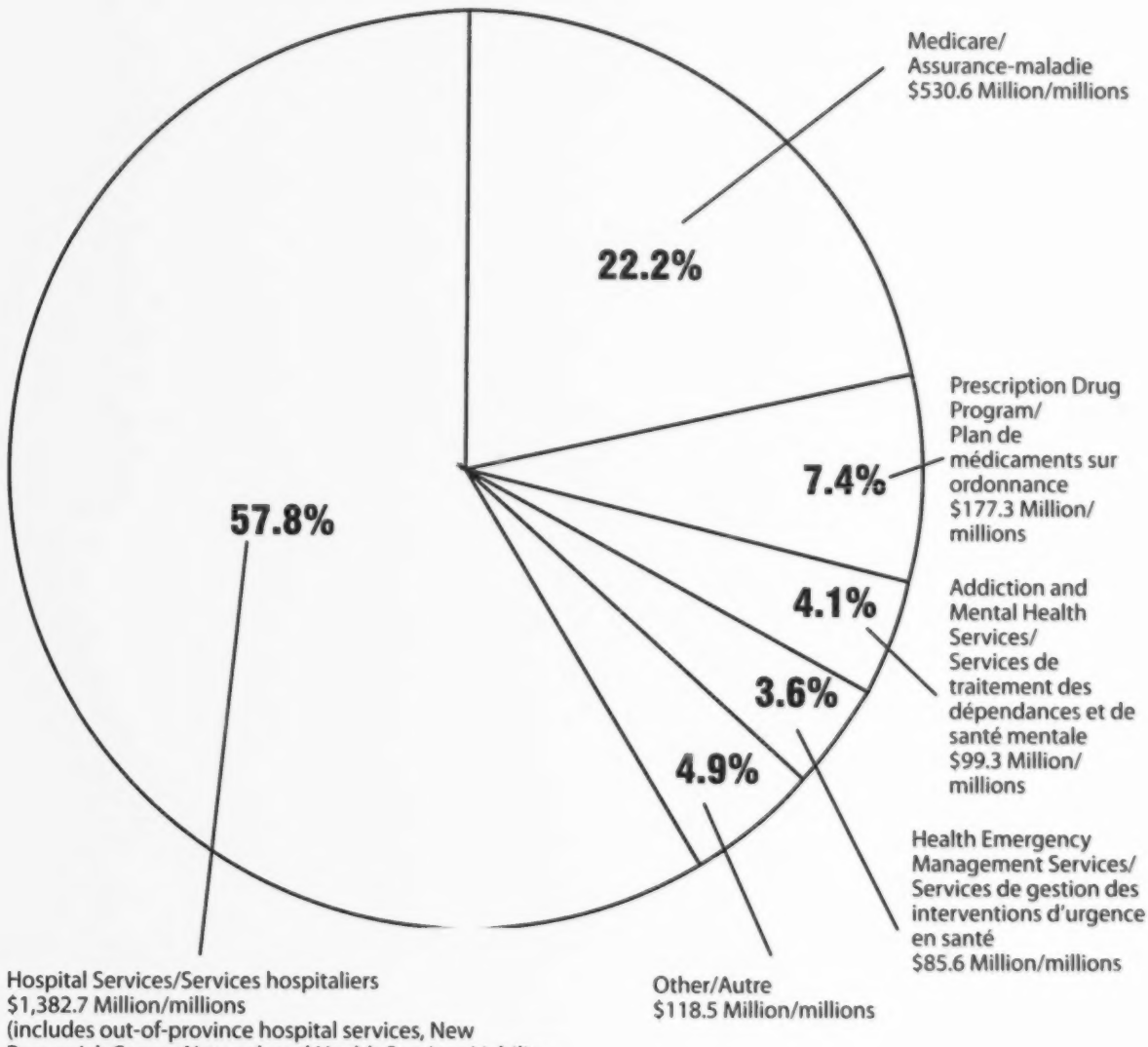
Le bureau a aussi pour mandat d'élaborer un cadre stratégique partagé avec ses partenaires clés en matière de santé, les deux régies régionales de la santé et FacilicorpNB. Le bureau a assuré la participation des chefs de la protection de la vie privée de ces organisations dans ce but. Ces politiques visent à assurer la création d'une démarche uniforme en ce qui concerne l'accès aux renseignements personnels sur la santé et leur protection tout en offrant des services de santé à la population du Nouveau-Brunswick.

Financial Overview

Actual Expenditures
$2,394.0 Million
2009-10

Aperçu financier

Dépenses réelles
2 394,0 millions $
2009-2010



Financial Overview 2009-10
(000's)
Department of Health

	Main Estimates	Wage Settlements and Other Transfers	Final Budget	Actual	Variance	Note
Corporate and Other Health Services						
Administration and Financial Services	9,413.0	-	9,413.0	9,591.5	(178.5)	
Information Technology	5,437.0	-	5,437.0	4,531.9	905.1	1
Planning and Health Human Resources	6,068.0	368.3	6,436.3	6,421.2	15.1	
Medical Education Program Services	7,492.0	-	7,492.0	7,590.2	(98.2)	
Out of Province Hospital Payments	59,078.0	-	59,078.0	58,067.5	1,010.5	2
Seniors Rehabilitative Equipment Program	875.0	-	875.0	875.4	(0.4)	
Public Health Program Services	21,068.0	10,007.0	31,075.0	30,812.7	262.3	
Health Services Liability Protection Plan	1,000.0	-	1,000.0	1,000.0	-	
Hospital Program Services	37,410.0	-	37,410.0	42,235.1	(4,825.1)	3
New Brunswick Cancer Network	2,540.0	-	2,540.0	2,026.5	513.5	4
Health Emergency Management Services	86,747.0	838.9	87,585.9	85,641.2	1,944.7	5
Addiction Program Services	1,404.0	-	1,404.0	1,674.6	(270.6)	
Mental Health Program Services	5,725.0	-	5,725.0	5,068.2	656.8	6
E-Health	16,308.0	10,000.0	26,308.0	28,185.8	(1,877.8)	7
Medicare	477,879.0	41,000.0	518,879.0	530,632.4	(11,753.4)	8
Prescription Drug Program	173,323.0	-	173,323.0	177,318.9	(3,995.9)	9
Regional Health Authorities						
Medical Education	10,341.0	10.3	10,351.3	10,408.8	(57.5)	
Public Health Services	19,236.0	1,291.2	20,527.2	19,948.6	578.6	10
Hospital Services	1,271,449.0	21,377.8	1,292,826.8	1,279,362.4	13,464.4	11
Addiction Services	16,606.0	418.9	17,024.9	17,384.7	(359.8)	
Mental Health Services	72,265.0	1,507.7	73,772.7	75,188.5	(1,415.8)	12
Department Total Ordinary	**2,301,664.0**	**86,820.1**	**2,388,484.1**	**2,393,966.1**	**(5,482.0)**	
Capital	**10,000.0**	**-**	**10,000.0**	**10,000.0**	**-**	
Revenue						
Interest and Investment Income	215.0	-	215.0	184.6	(30.4)	
General	28,502.0	-	28,502.0	26,239.0	(2,263.0)	13
Miscellaneous	60.0	-	60.0	681.6	621.6	14
Conditional Grants	15,661.0	-	15,661.0	14,155.4	(1,505.6)	15
Department Total Revenue	**44,438.0**	**-**	**44,438.0**	**41,260.6**	**(3,177.4)**	

Aperçu financier 2009-2010
(000)
Ministère de la Santé

	Budget principal	Règlements salariaux et autres transferts	Budget total	Montants réels	Écart	Note
Services ministériels et autres services de santé						
Administration et services financiers	9 413,0	-	9 413,0	9 591,5	(178,5)	
Technologie de l'information	5 437,0	-	5 437,0	4 531,9	905,1	1
Planification et ressources humaines en santé	6 068,0	368,3	6 436,3	6 421,2	15,1	
Services des programmes de formation médicale	7 492,0	-	7 492,0	7 590,2	(98,2)	
Règlement des services hospitaliers à l'extérieur de la province	59 078,0	-	59 078,0	58 067,5	1 010,5	2
Programme d'équipement de à l'extériéur de la provnce réadaptation pour personnes âgées	875,0	-	875,0	875,4	(0,4)	
Services des programmes de santé publique	21 068,0	10 007,0	31 075,0	30 812,7	262,3	
Plan de protection de la responsabilité - services de santé	1 000,0	-	1 000,0	1 000,0	-	
Services des programmes hospitaliers	37 410,0	-	37 410,0	42 235,1	(4 825,1)	3
Réseau cancer Nouveau-Brunswick	2 540,0	-	2 540,0	2 026,5	513,5	4
Services de gestion des interventions d'urgence en santé	86 747,0	838,9	87 585,9	85 641,2	1 944,7	5
Services du programme de traitement des dépendances	1 404,0	-	1 404,0	1 674,6	(270,6)	
Services des programmes en santé mentale	5 725,0	-	5 725,0	5 068,2	656,8	6
Cybersanté	16 308,0	10 000,0	26 308,0	28 185,8	(1 877,8)	7
Assurance-maladie	477 879,0	41 000,0	518 879,0	530 632,4	(11 753,4)	8
Plan de médicaments sur ordonnance	173 323,0	-	173 323,0	177 318,9	(3 995,9)	9
Régies régionales de la santé						
Formation médicale	10 341,0	10,3	10 351,3	10 408,8	(57,5)	
Services de santé publique	19 236,0	1 291,2	20 527,2	19 948,6	578,6	10
Services hospitaliers	1 271 449,0	21 377,8	1 292 826,8	1 279 362,4	13 464,4	11
Services de traitement des dépendances	16 606,0	418,9	17 024,9	17 384,7	(359,8)	
Services de santé mentale	72 265,0	1 507,7	73 772,7	75 188,5	(1 415,8)	12
Total du compte ordinaire du ministère	**2 301 664,0**	**86 820,1**	**2 388 484,1**	**2 393 966,1**	**(5 482,0)**	
Compte de capital	**10 000,0**	**-**	**10 000,0**	**10 000,0**	**-**	
Recettes						
Intérêts créditeurs et revenus de placements	215,0	-	215,0	184,6	(30,4)	
Recettes générales	28 502,0	-	28 502,0	26 239,0	(2 263,0)	13
Recettes diverses	60,0	-	60,0	681,6	621,6	14
Subventions remboursables sous condition	15 661,0	-	15 661,0	14 155,4	(1 505,6)	15
Recettes totales du ministère	**44 438,0**	**-**	**44 438,0**	**41 260,6**	**(3 177,4)**	

FINANCIAL OVERVIEW FOR FISCAL 2009-10

The following provides explanations for significant budget variances for the fiscal year 2009-2010:

1. The under-expenditure in Information Technology was mainly due to avoiding some server upgrades by creating a shared environment for some new projects and existing applications. As well, some budgeted maintenance costs did not materialize as resources were redirected to support the H1N1 immunization program.

2. The under-expenditure in Out of Province Hospital Payments was due to lower than budgeted expenditures for in-patient services for New Brunswick residents in other provinces.

3. The over-expenditure in Hospital Program Services was mainly due to increased costs associated with Canadian Blood Services.

4. The under-expenditure in the New Brunswick Cancer Network was mainly due to vacancies.

5. The under-expenditure in Health Emergency Management Services was the result of lower than anticipated fuel costs for ambulance services.

6. The under-expenditure in Mental Health Program Services was mainly due to delayed implementation of the Not Criminally Responsible - Youth initiative and various one-time savings in central office.

7. The over-expenditure in E-Health was due to project development costs associated with various E-Health projects (i.e. costs associated with delays in implementing the Clinical Information System in Zone 2 – Saint John).

8. The over-expenditure in Medicare was mainly due to costs associated with the recruitment of new physicians and new compensation models (i.e. Hospitalist and ER programs).

9. The over-expenditure in the Prescription Drug Program was due to higher than budgeted drug costs associated with premium paying seniors and Social Development clients.

10. The under-expenditure in regional health authorities – Public Health was due to lower than anticipated expenditures within the regional health authorities for public health services.

11. The under-expenditure in regional health authorities – Hospital Services was mainly due to lower than anticipated expenditures within the regional health authorities for hospital services and an increase in out-of-province revenues collected within the hospital system.

12. The over-expenditure in regional health authorities – Mental Health Services was the result of 08/09 deficits (the funding to offset these deficits was located within the regional health authorities - Hospital Services program).

13. General revenues were lower than budgeted mainly due to the policy direction taken to administer the Ambulance Services – New Brunswick residents fee.

14. Miscellaneous revenues were higher than budgeted mainly due to various prior year items being recovered.

15. Conditional Grants were lower than budgeted mainly due to lower than anticipated recoveries from Canada Health Infoway for E-Health related projects.

APERÇU FINANCIER POUR L'EXERCICE FINANCIER 2009-2010

Les écarts budgétaires importants pour l'exercice financier 2009-2010 sont expliqués ci-dessous :

1. La cause principale de la sous-utilisation du crédit au poste de la « technologie de l'information » est que l'on a évité certaines mises à niveau du serveur en créant un environnement partagé pour certains nouveaux projets et pour des applications existantes. De même, certains coûts d'entretien prévus au budget n'ont pas été intégrés comme ressources et ils ont été réaffectés pour soutenir le programme d'immunisation contre la grippe H1N1.

2. La sous-utilisation du crédit au poste des « paiements aux hôpitaux à l'extérieur de la province » est attribuable à des dépenses inférieures à celles prévues au budget pour les services aux patients destinés aux résidents Néo-Brunswickois dans d'autres provinces.

3. Le dépassement de crédit au poste des « services des programmes hospitaliers » est principalement attribuable à une hausse des coûts liés à la Société canadienne du sang.

4. La sous-utilisation du crédit au poste du « Réseau cancer Nouveau-Brunswick » est surtout attribuable aux postes vacants.

5. La sous-utilisation du crédit au poste des « services de gestion des interventions d'urgence » est la conséquence des coûts du carburant plus faibles que prévu pour les services d'ambulance.

6. La sous-utilisation du crédit au poste des « services du programme de santé mentale » est principalement due au retard dans la mise en œuvre de l'initiative de « non-responsabilité criminelle des adolescents » et de différentes économies ponctuelles au bureau central.

7. Le dépassement de crédit au poste de la « cybersanté » est attribuable aux coûts de développement des projets associés à divers projets de cybersanté (c'est-à-dire les coûts associés aux retards dans la mise en œuvre du Système de renseignements cliniques dans la zone 2 – Saint John).

8. Le dépassement de budget au poste de « l'Assurance-maladie » est principalement dû aux coûts associés à l'embauche de nouveaux médecins et aux nouveaux modèles de rémunération (programmes de médecins hospitaliers et des salles d'urgence).

9. Le dépassement de budget au poste du « Plan de médicaments sur ordonnance » est attribuable aux coûts des médicaments plus élevés que ceux prévus au budget liés aux personnes âgées payant une prime et aux clients du ministère du Développement social.

10. La sous-utilisation du crédit au poste des « régies régionales de la santé – Santé publique » est attribuable à des dépenses plus faibles que prévu au sein des régies régionales de la santé pour les services de santé publique.

11. La sous-utilisation de crédit au poste des « régies régionales de la santé – Services hospitaliers » est surtout attribuable aux dépenses plus faibles que prévu au sein des régies régionales de la santé et à une augmentation des revenus perçus à l'extérieur de la province dans le cadre du système hospitalier.

12. Le dépassement de crédit au poste des « régies régionales de la santé – Services de santé mentale » est le résultat de déficits en 2008-2009 (le financement de compensation de ces déficits relevait du programme Régies régionales de la santé – Services hospitaliers).

13. Les recettes générales étaient inférieures à celles prévues au budget, principalement en raison de l'orientation stratégique adoptée pour administrer les frais imposés aux résidents du Nouveau-Brunswick pour les services d'ambulance.

14. Les recettes diverses sont plus élevées que celles prévues au budget principalement en raison de la récupération de certains postes de l'année précédente.

15. Les subventions remboursables sous condition sont moins élevées que celles prévues au budget, principalement en raison des recouvrements anticipés d'Inforoute de Santé Canada pour les projets de cybersanté.